

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

142

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Louis, RICHÉ.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PERFORATIONS UTÉRINES INSTRUMENTALES

Président : M. SEGOND, Professeur.

*Juges : MM. { RICARD, Agrégé.
Pierre DUVAL, Agrégé.
PROUST, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

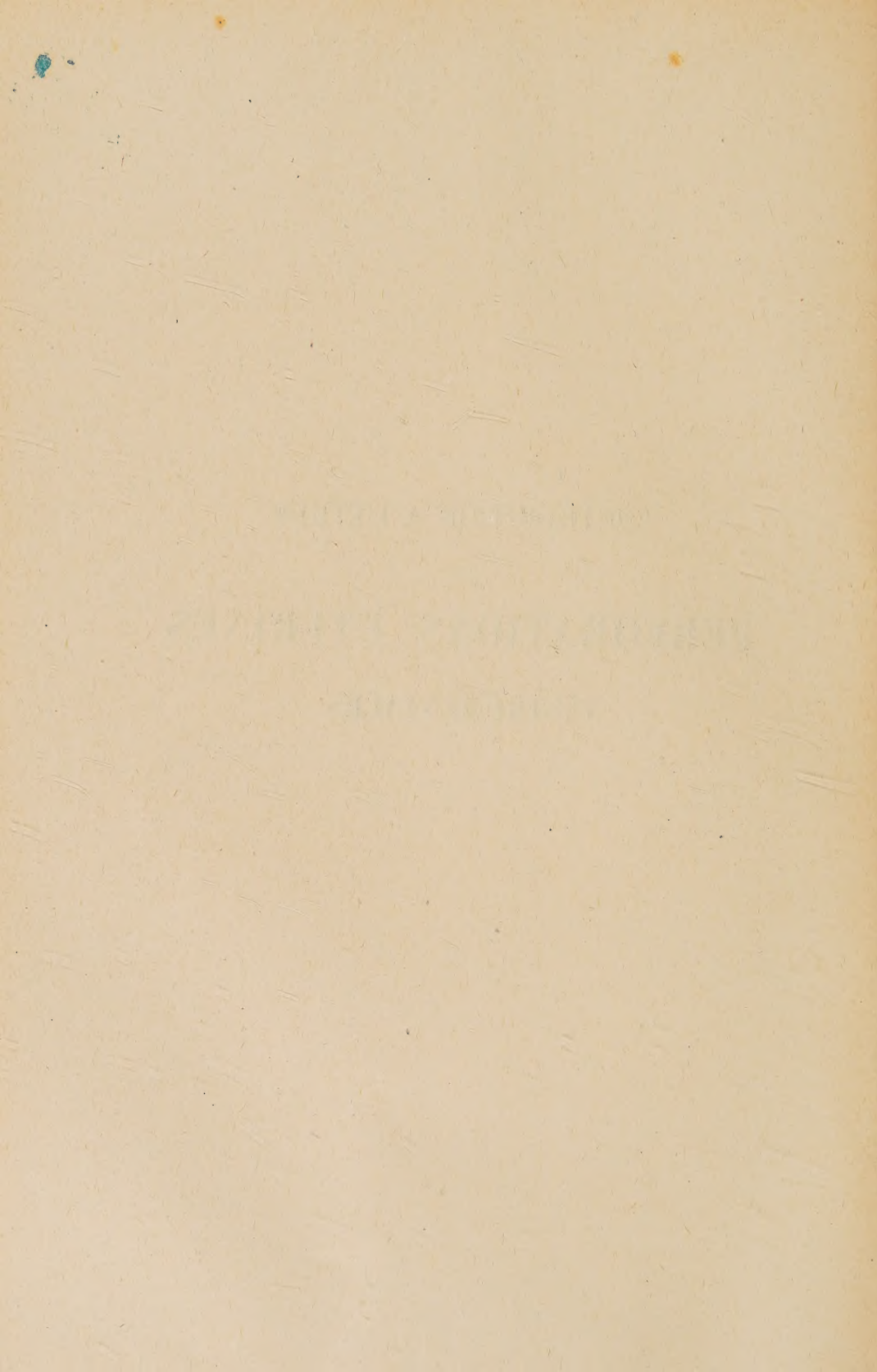
1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PERFORATIONS UTÉRINES
INSTRUMENTALES



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N

4192

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Louis RICHÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PERFORATIONS UTÉRINES INSTRUMENTALES



Président : M. SEGOND, Professeur.

RICARD, Agrégé.

Juges : MM. { Pierre DUVAL, Agrège.
PROUST, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	CH. RICHET
Physiologie	GARIEL
Physique médicale	GAUTIER
Chimie organique et chimie minérale	BLANCHARD.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BOUCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	HUTINEL
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
Maladies des Enfants	DIEULAFOY.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LANDOUZY.
Clinique des maladies du système nerveux	GRANCHER.
Clinique chirurgicale	JOFFROY.
Maladies des Enfants	GAUCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LE DENTU
Clinique des maladies du système nerveux	TERRIER
Clinique chirurgicale	BERGER.
Maladies des Enfants	RECLUS.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ALBARRAN.
Clinique des maladies du système nerveux	PINARD.
Clinique chirurgicale	
Maladies des Enfants	POZZI.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	KIRMISSON
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Albert ROBIN.
Clinique des maladies du système nerveux	

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE	LEGUEU	RENON.
BRANCA	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANCON	FAURE	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU	GOSSET.	MAILLARD.	travaux anatomiques.
BROCA Andre.	GOUGET	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur.

*Hommage de ma respectueuse
reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

En octobre 1897, nous prenions notre première inscription de médecine, en juillet 1907, nous soutenons notre thèse.

L'histoire de notre vie durant ces dix années est trop dénuée d'intérêt, pour que nous nous permettions de la tracer. L'enseignement, que nous y avons reçu, en occupe le premier plan. Aussi est-ce pour nous un véritable devoir de reconnaissance que de remercier nos maîtres et nos aînés.

Nous faisons tout spécialement hommage de notre gratitude à M. le docteur Auvard, pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait, et la confiance dont il nous a honoré durant les deux années que nous avons passées à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Nous ne saurions oublier l'intérêt qu'il nous a porté, lors d'une maladie infectieuse contractée dans son service : nous le remercions, ici, de la distinction qu'il nous a obtenue.

Dans ce même service de la Maternité de Saint-Louis, nous devons avoir pour maître M. le professeur agrégé Potocki, jamais rencontre ne nous fut plus agréable. Le

maître, en maintes circonstances, fit à l'élève l'honneur de sa sympathie ; nous sommes heureux de lui exprimer notre profonde reconnaissance.

Nous tenons aussi à lui adresser nos sincères remerciements, pour les encouragements et les conseils qu'il nous a donnés, lors de la préparation de cette thèse.

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude proprement dite de notre sujet, il nous a semblé utile d'en limiter le cadre.

Nous n'envisagerons ici que les **perforations utérines instrumentales, primitives et complètes**, dans lesquelles l'instrument vulnérant traverse d'emblée l'utérus et sa séreuse.

C'est dire que nous éliminons tous les cas se rapportant :

1° Aux *perforations gangréneuses spontanées*, acceptées par nombre d'auteurs sous ce nom, ou sous celui de métrites disséquantes ;

2° Aux *perforations gangréneuses non spontanées*, consécutives à des manœuvres intra-utérines au cours desquelles l'instrument vulnérant a simplement lésé la muqueuse, perforations incomplètes, que complètera secondairement la gangrène ;

3° Aux *perforations gangréneuses ou non, consécutives à des fibromes ramollis, à des gommès, à des tuberculomes à des abcès* ;

4° Aux *ruptures utérines du travail*.

Beaucoup d'autres, et des plus autorisés, ont écrit avant nous sur ce sujet ; leurs documents nous ont été précieux.

Guidé par leur expérience, puissions-nous par ce travail apporter une modeste pierre à l'édifice.

Les travaux se sont accumulés, maîtres et élèves ont établi des règles et notre travail ne vient pour ainsi dire que les confirmer.

Il est seulement des conceptions de détails qui demandent, peut-être, à être modifiées. A Dieu ne plaise, que nous émettions la prétention d'être un suprême ordonnateur ! Le temps seul peut jouer ce rôle ; dans le cas présent, il nous semble qu'il ait fait une partie de son œuvre.

Avant d'aborder une étude d'ensemble sur un cas pathologique particulier, il est indispensable, croyons-nous, de remonter aux lois générales de pathologie. Peut-être nous accusera-t-on de faire reculer la question au lieu de la faire progresser. Il ne faut pas cependant perdre de vue que toute discussion doit reposer sur des principes fondamentaux admis de part et d'autre, terrain commun, solide, hors duquel on ne peut faire entente.

Or, parmi ces principes généraux, il en est de si lumineux, qu'ils suffisent à eux seuls pour éclairer une question particulière. C'est ainsi que les seules notions de traumatisme et d'infection permettent d'expliquer le pronostic des perforations utérines, en les assimilant à des plaies pénétrantes d'abdomen.

Aussi n'avons-nous pas pu rapporter dans notre thèse *les perforations utérines dont l'évolution a été masquée par une intervention telle, qu'elle rompt le parallélisme entre ces plaies perforantes et celles de l'abdomen.*

Nous nous sommes ainsi privé de nombreuses observations dues à des chirurgiens les plus autorisés ; mais tel

n'était pas notre but : désirant comparer, nous ne pouvions comparer que des cas comparables.

Et ce faisant, nous avons l'impression très nette de dégager et de parer l'œuvre de nos devanciers. Si nous avons le bonheur de récolter, nous n'oublions pas qu'ils ont eu le mérite de semer. Qu'il nous soit permis de saluer ceux qui n'ont pu qu'entrevoir la fécondité de leurs idées, sans avoir la joie d'en contempler les fruits, et aussi d'adresser notre gratitude aux maîtres qui nous ont appris à mettre toute question dans sa vraie lumière avant d'en aborder l'étude de détail.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

- I. — LES UTÉRUS. — *Les utérus prédisposés anatomiquement.* — Malformations.
Les utérus prédisposés physiologiquement. — Période menstruelle. — Gravidité. — Grossesse extra-utérine. — Post-partum. — Post-abortum.
Les utérus prédisposés pathologiquement. — Situations vicieuses, — Inflammations aiguës et chroniques. — Tumeurs.
- II. — LES INSTRUMENTS. — Hystéromètres. — Dilatateurs. — Curettes. — Ecouvillons. — Sondes. — Laminaires.

Les causes les plus diverses ont été invoquées pour expliquer les perforations utérines. Il n'y a guère d'utérus ni d'instruments qui soient indemnes de toute accusation, et si l'on prenait à la lettre les multiples dangers signalés par les auteurs, le plus sage serait sans doute de s'abstenir de toute intervention intra-utérine, voire même de la simple hystérométrie. Sans doute, l'opinion qu'émettait HUGUIER (1) en 1865 est quelque peu exagérée : sur sa statistique personnelle, « près d'un millier d'utérus », il ne reconnaissait n'en avoir « rencontré qu'un seul, qui fût assez ramolli pour qu'il eût pu être traversé sans effort

(1) HUGUIER. Traité de l'hystérométrie. Paris 1865

par l'extrémité de la sonde, » et ce cas était alors le second connu dans la science.

Mais depuis, les observations de perforations utérines se sont accumulées, et en les lisant on doit bien reconnaître qu'il est des utérus plus particulièrement prédisposés à cet accident.

Mentionnons les **conformations anatomiques anormales**.

Dans une observation de GEBHARD (1), que nous rapportons, une des causes de la perforation résidait d'après cet auteur dans la petitesse de l'utérus. Si parfois les malformations font croire à une perforation qui n'existe pas, comme nous le verrons plus loin, elles peuvent aussi surprendre un opérateur inexpérimenté qui croirait diriger son instrument dans la cavité, alors qu'il menacerait les parois.

Les **modifications physiologiques** de l'utérus constituent des prédispositions aux perforations, de beaucoup plus importantes.

Pendant la période menstruelle, le parenchyme utérin, tout entier hyperhémicié, ramolli, très friable, se laisserait, sans grand effort, traverser par l'instrument. La multiparité, la gravidité (2), voire même la grossesse extra-utérine (3) amène les mêmes modifications.

Il importe surtout de signaler la période d'involution du post-partum (4) ou du post-abortum (5). Si dans tous les cas

(1) *Société obst. et gyn. de Berlin*, 9 janvier 1891, p. 279.

(2) *Cf. obs.* 16, 17, 42, 43, 44, 47, 72.

(3) *Cf. obs.* 15.

(4) *Cf. obs.* 18, 19, 20, 21, 35, 36, 46, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 73.

(5) *Cf. obs.* 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 50, 65, 67, 68, 69, 70, 74, 75.

précédents, on doit s'abstenir de toute intervention, ici bien souvent on ne saurait temporiser, il faut intervenir et vite. Or, tous les accoucheurs ont signalé la faible épaisseur, la friabilité et la mollesse de l'utérus post-partum, surtout lorsque, comme c'est alors presque toujours le cas, la rétention placentaire ou l'infection, le maintienne en subinvolution.

Les situations pathologiques ont aussi fait des victimes. Versions (1), flexions (2), adhérences (3), toutes agissent de même : la cavité utérine ne peut s'accommoder à l'instrument.

Les inflammations aiguës et chroniques, les tumeurs, par les altérations dont elles frappent le parenchyme, en affaiblissent la résistance. Citons sans plus nous attarder les métrites (4), les sténoses (5), les fibromes (6) et polypes (7), les cancers (8), les môles hydatiformes (9).

Signalons aussi l'atrophie musculaire de l'utérus. Reconnaisant comme cause, des affections utérines puerpérales anciennes (10, ou plus simplement la sénilité (11), elle se

(1) Cf. obs. 9, 46, 57.

(2) Cf. obs. 3, 6, 12, 15, 46, 50, 53, 71, 73.

(3) Cf. obs. 2, 11, 43.

(4) Cf. obs. 4, 5, 7, 8, 34, 35, 37, 39, 45, 50, 71.

(5) Cf. obs. 9.

(6) Cf. obs. 32 et 33.

(7) Cf. obs. 11 et 14.

(8) Cf. obs. 1.

(9) Cf. obs. 62.

(10) BACON et HERZOG. — *The American J. of obstetric*, 1899, v. 40, p. 752 et obs. 63 et 73.

(11) HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynécologie opératoire*, p. 66 et suiv. Cf. obs. 32 et 43.

traduit par l'amaigrissement des parois, accompagnée parfois de dégénérescence graisseuse (1). Cette dernière altération peut d'ailleurs se rencontrer en dehors de toute atrophie et elle a été signalée comme une prédisposition à la perforation. Dans une observation du professeur Pozzi (2), on lit : « L'aspect du tissu utérin rappelle absolument celui de la dégénérescence graisseuse du cœur. Il suffit d'une légère traction pour le dilacerer. »

L'électrolyse enfin a été accusée, et BAUDRON (3) rapporte un cas observé en 1891, à la maison municipale de santé dans le service de M. le professeur SEGOND. Il semble là, que l'électrolyse ait mieux fait que de produire la fragilité du tissu utérin, elle l'aurait sphacélé, et la perforation aurait succédé à la chute de l'eschare.

En résumé, on peut donc dire que tout utérus qui n'est pas absolument sain est prédisposé aux perforations. Mais sur lesquels intervient-on, — si ce n'est sur ceux-là mêmes ? Peut-être sur quelques autres, — nous aurons l'occasion d'y revenir, — et si ceux-ci se perforent également, concluons ici qu'aucun utérus n'est à l'abri de la perforation.

Certains signes cliniques cependant doivent engager le chirurgien à la prudence. Il faut redoubler de soins dans l'exploration des utérus en situations vicieuses, se méfier des gros utérus dont le fond dépasse notablement la symphyse, craindre les utérus flasques dont le col mou se déchire sous la pince.

(1) Cf. obs. 73.

(2) Pozzi *in th.* REBREYEND, Paris 1901, obs. LIX p. 134.

(3) BAUDRON. *In th.* Paris.

Victime de l'accident, l'utérus joue ainsi dans certaines circonstances le rôle de complice, et le guet-apens est parfois si bien préparé qu'il ne reste que peu de chose à faire au véritable malfaiteur : l'instrument.

Ici, tout a été accusé. Nous ne mentionnerons même pas les nombreux instruments qui ont pu perforer l'utérus dans des manœuvres d'avortement criminel. L'aiguille à tricoter, l'épingle à chapeau et la tringle à rideau, nous font pressentir une imagination telle, que notre énumération serait forcément incomplète (1).

Pour n'envisager que les faits sur lesquels nous sommes mieux documentés, il nous suffira de regarder l'arsenal chirurgical : hystéromètres (2), sondes (3), dilateurs (4), laminaires (5), curettes (6), écouvillons (7). Il n'est pas un seul instrument sur lequel les auteurs s'entendent pour proclamer son innocuité. Sans entrer dans une discussion de détail, qui pourrait devenir oiseuse, nous reconnaitrions qu'évidemment il est des instruments plus dangereux. D'ordinaire c'est par la forme même de leur bec qu'ils sont menaçants.

Par contre une tige de laminaire trop courte, abandonnée dans la cavité utérine, peut perforer les parois par son talon, ainsi qu'en témoigne l'observation rapportée

(1) Cf. obs. 42, 64, 74.

(2) Cf. obs. 2, 12, 18, 19, 22, 33, 34, 73.

(3) Cf. obs. 1, 3, 9, 10, 11, 15, 25, 38, 39, 40, 43, 50, 56, 57, 58, 66.

(4) Cf. obs. 13, 26, 27, 28, 41, 66, 79.

(5) Cf. obs. 6, et *in th.* LENOIR. Obs. XIV.

(6) Cf. obs. 4, 5, 7, 8, 14, 20, 23, 24, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 45, 46, 51, 53, 54, 55, 60, 62, 67, 68, 70.

(7) Cf. obs. 61.

par LENOIR (1). Nous devons aussi signaler avec SCHWARTZ (2) le danger indirect que présente la laminaire : « Toutes les fois, dit-il, qu'une tige quelconque a séjourné dans l'utérus, celui-ci se laisse très facilement traverser. »

Quoi qu'il en soit, il n'est guère d'instruments, dont la forme, — même dangereuse en apparence, — ne se justifie dans un cas donné ; l'essentiel est de savoir s'en servir. Que l'opérateur n'emploie point d'instruments qu'il ne connait pas : fort habile à manier des instruments même dangereux dans d'autres mains, il serait peut-être maladroit dans l'usage d'instruments réputés inoffensifs, mais qui lui sont étrangers.

Il est des utérus prédisposés ; il est des instruments menaçants ; mais c'est la main de l'opérateur qui les met en contact ; et bien souvent peut-être est ce encore elle, la plus dangereuse ?

Nous étudierons ce point dans le chapitre suivant.

(1) LENOIR. *In th.* Paris, obs. XIV.

(2) SCHWARTZ. *Revue méd. chirg. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.

CHAPITRE II

Pathogénie. — Anatomie pathologique.

- I. — Perforation directe en un temps. — Perforation directe en plusieurs temps.
Perforation du début, du cours, de la fin de l'intervention. — Fautes opératoires.
Pathogénie des complications. — Procidences.
II. — Siège de la perforation. — Forme et étendue de la perforation. — Perforations compliquées.

C'est par un mécanisme très simple, que se fait la perforation : l'instrument traverse l'utérus là où il le rencontre, créant une perforation directe en tout comparable à la plaie causée par le couteau qui s'enfonce dans l'abdomen. La curette elle même n'est pas dangereuse par son bord tranchant mais bien par son extrémité.

Il nous faut toutefois signaler un mécanisme sur lequel FLANDRIN (1) dans sa thèse a attiré l'attention : sous l'influence de l'infection certains utérus se contracteraient assez énergiquement pour perforer leurs parois par application violente sur l'extrémité de la sonde. Pour notre

(1) FLANDRIN. *Thèse*, Paris, 1895.

part, nous ne croyons pas qu'un muscle utérin si contractile, soit si friable.

Nous ne pensons pas non plus que l'instrument en abordant l'utérus, en une région plus résistante, puisse distendre l'organe au point de le faire éclater ailleurs, là où les tissus seraient de qualité inférieure, par un mécanisme comparable à celui qui fait céder une étoffe, non pas au point où s'exerce la violence, mais là où elle est le plus usée.

Ce fait n'est relaté dans aucune observation, et s'il devait se produire, les auteurs allemands, amateurs d'expériences sur le vivant, nous auraient déjà, sans aucun doute, signalé ces perforations indirectes ou plus exactement ces déchirures.

Comme nous l'avons déjà dit dans notre introduction, nous n'envisageons pas ici, bien entendu, les cas relatifs aux ruptures utérines du travail.

Tout simple que soit ce mécanisme de la perforation, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut se produire d'emblée, *en un seul temps*, ou comme nous l'a fait remarquer notre maître, M. POTOCKI, *en plusieurs*.

Il s'agit presque toujours d'un curettage pour rétention placentaire. Au lieu de gagner directement le fond de l'utérus pour aborder les débris par leurs insertions supérieures, la curette rencontre à mi-chemin un cotylédon et vient buter au niveau de son insertion inférieure, sur la paroi utérine, molle, friable, se laissant facilement entamer. C'est là qu'en quelques coups de curette, l'opérateur va creuser un tunnel qui le conduira à la perforation.

Le moment de la perforation dans l'acte opératoire est

dès lors assez variable : tantôt, c'est *au début* (1) qu'elle se produit, tantôt *à la fin* (2) quand, par exemple, le chirurgien termine son intervention par le curettage du fond et des cornes de l'utérus ; tantôt *au cours* (3) de l'opération, soit que l'opérateur creuse plus ou moins lentement le tunnel dont nous parlions, soit que malencontreusement il vienne buter sur un point faible.

Cette pathogénie de la perforation utérine rend compte du siège de la lésion. Si on la rencontre plus fréquente sur le fond de l'organe, ou dans son voisinage, c'est que cette région très accessible dans un utérus en situation normale, est la seule que doit venir heurter l'instrument manié par des mains autorisées.

Mais la perforation peut siéger en tout autre point et sans qu'il soit besoin d'entrer dans les développements, on comprend qu'à chaque situation vicieuse correspond une région plus particulièrement exposée ainsi que le prouve l'observation de POTHERAT (4). L'utérus en antéflexions avait été perforé par une laminaire sur sa face postérieure, mais quand le chirurgien abaissait le manche de sa curette celle-ci gagnait le fond de l'utérus.

La mauvaise direction donnée à l'instrument par des mains inhabiles, même en dehors de toute situation vicieuse, menace les points les plus divers.

Les soubresauts et mouvements de défense de la malade non anesthésiée agissent dans le même sens.

Les *fautes opératoires* ont à leur acquit un grand

(1) Cf. obs. 1, 2, 3, 7, 13, 18, 19, 22, 28, 37, 79.

(2) Cf. obs. 4, 23, 57, 61.

(3) Cf. obs. 5, 8, 9, 11, 20, 24, 26, 27, 40, 46, 50, 62, 73.

(4) Cf. obs. 6.

nombre de perforations utérines.

Nous faisons grâce au lecteur de toutes les manœuvres dangereuses qui ont été décrites et accusées.

FRANCIS HAYNES (1) dans une observation, parle « d'introduction forcée de la curette ». (2) Ces imprudences n'éclairent nullement la pathogénie, et le simple bon sens suffit à les proscrire. C'est toujours l'extrémité de l'instrument qui passe au travers de l'obstacle qu'il rencontre ; soit que l'opérateur poursuive de son instrument un utérus non fixé, qu'il transpercera au moment même où il l'aura immobilisé, acculé devrions-nous dire ; soit que d'une main abdominale il empale l'utérus sur l'instrument ; soit enfin qu'il fasse fausse route dans un utérus insuffisamment dilaté.

Toutefois il convient de tenir compte des résistances locales de l'utérus plus ou moins grandes. Les auteurs ont, de tout temps, signalé les *points faibles physiologiques et pathologiques*. Tel point ne cédera pas à la pression de l'hystéromètre ou de la curette, tel autre se laissera facilement transpercer.

Quant à la pathogénie des **perforations compliquées**, elle s'explique d'elle-même tant qu'il s'agit de traumatisme des organes voisins, de corps étrangers dans l'abdomen : l'instrument perforateur a continué sa route au-delà de l'utérus.

Nous ne saurions envisager d'une façon aussi simple les procidences diverses ; mais à part les cas où, du même geste, l'opérateur perfore l'utérus et attire à lui l'épiploon ou l'intestin, ces procidences spontanées complications des

(1) *American Journal of obstetrics*, novembre 1890.

(2) *Cf. obs.* 37.

perforations utérines et non perforations compliquées, ont leur étude toute indiquée dans un chapitre spécial.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie des perforations utérines, simples ou compliquées, une certaine obscurité, que ne suffit pas à dissiper la lumière de trop rares observations, plane sur la **description anatomique** des lésions.

Le plus souvent, la perforation est *unique*, mais comme le fait remarquer MORLET (1) « la multiplicité des perforations est assez commune quand l'utérus a été lésé dans des manœuvres abortives. » Chirurgicales, accidentelles, on peut dire que celles-ci sont toujours uniques, mais où siègent-elles ?

Pour MARSAIS (2), les perforations de l'utérus n'affectent pas de siège particulier. Pour REBREYEND (3), le fond serait leur lieu de prédilection et il appuie son opinion sur la thèse de LENOIR (4) : « Sur quatre observations, dit-il, où le siège de la perforation a été vérifié *de visu*, trois fois elle occupait cette région. »

MIQUEL (5) signale avec justesse « une différence réelle qui paraît exister entre les plaies véritablement opératoires, et ces autres lésions, bien plus dangereuses encore, produites au cours de manœuvres abortives, et qui, selon TARDIEU et BROUARDEL, peuvent siéger en n'importe quel

(1) MORLET, *th.*, Paris, 1905.

(2) MARSAIS, *th.*, Lyon, 1890.

(3) REBREYEND, *th.*, Paris, 1901.

(4) LENOIR, *th.*, Paris, 1898.

(5) MIQUEL, *th.*, Paris, 1902.

point, mais affectionnent surtout la région du col. Et sur les 36 cas de plaies opératoires rapportés dans sa thèse, 23 fois la perforation siège au niveau du fond de l'utérus, 5 fois sur la paroi postérieure, à moins de 2 centimètres du fond, 6 fois elle siègeait au niveau des cornes ou dans la région voisine ».

Quant aux lésions produites au cours de manœuvres abortives, si on les rencontre souvent au voisinage du col, plus souvent encore, c'est au fond qu'il faut les chercher, ainsi qu'en témoigne la thèse de CHARLES PAUL (1). « Sur 20 observations que nous avons étudiées, pour rechercher le siège, dit-il, on voit 14 fois la lésion au niveau du fond de l'utérus, 4 fois dans son voisinage immédiat. Dans deux cas seulement elle en est éloignée. »

Signalons donc le *siège* de la perforation et tenons-nous en là.

Il nous semble difficile en effet d'en donner une description anatomo-pathologique complète. L'œil ne peut prendre connaissance de la blessure au moment même où elle se produit : inaccessible à la vue, elle l'est souvent au toucher, qui quelquefois serait dangereux.

Les lésions constatées plus tard, ou à l'examen endométroscopique, ou sur la table d'opération, ou à l'amphithéâtre, jointes à certains signes contemporains de l'accident — retour complet ou incomplet de l'injection intra-utérine consécutive, hémorragie externe ou intra-péritonéale — ont permis aux auteurs de poser de judicieuses hypothèses sur la forme, l'étendue et la direction de la blessure ; dé-

(1) CHARLES PAUL *th.* Paris 1906.

chirures plus ou moins vastes (1) comparables aux déchirures du travail et de l'accouchement, perforation en fer à cheval (2), fissures linéaires (3), plaies punctiformes (4), plaies étoilées ou déchiquetées (5), perforations en bec de flûte, formant clapet, s'opposant à la pénétration des liquides (6).

Ce ne sont là, disons-nous, que des hypothèses très probables, mais incapables de nous fixer rigoureusement sur la lésion primitive, et par suite sur son évolution.

À part les cas exceptionnels où la perforation aura été constatée par une laparotomie (7) exploratrice, où une colpotomie (8) immédiate, ou par une hystérectomie vaginale (9) hâtive, nous ne sommes en présence que d'une pièce anatomique modifiée soit par réparation spontanée, soit par complication.

Signalons enfin les cas où la **perforation est compliquée** par la blessure d'organes voisins (10), par des procidences épiploïques (11) ou intestinales (12), par la présence

(1) *cf. obs.* 13-63-67.

(2) Obs. de LE NORMANT *in th.* REBREYEND Paris 1901, Obs. LVI, p. 132.

(3) *cf. obs.* 12-17-27-57.

(4) *cf. obs.* 7-40.

(5) *cf. obs.* 44-47.

(6) *cf.* REBREYEND. *th.* Paris 1901 obs. LVI, p. 132. et *cf. obs.* 6.

(7) *Cf. obs.* 7, 15, 47, 58, 61, 74.

(8) *Cf. obs.* 12 et 13.

(9) *Cf. obs.* 71.

Cf. REBREYEND, *th.*, Paris. 1901, obs. LIX. LXXIII, LXXX, LXXXIV.

(10) *Cf. obs.* 65 et 72.

(11) *Cf. obs.* 60, 61, 62, 74.

(12) *Cf. obs.* 63 à 70 et *obs.* 75.

de corps étrangers (1) dans le péritoine. Ce sont là des complications fréquentes des plaies pénétrantes d'abdomen ; elles facilitent le diagnostic, aggravent le pronostic, et si, au point de vue anatomique, elles ne sauraient renseigner exactement sur le trajet parcouru par l'instrument, sur la direction de ce trajet, sur sa forme, tout au moins permettent-elles parfois de préjuger de son siège et de son étendue minimum.

Nous ne les mentionnons ici que pour cette simple raison, car tous les obstacles qui s'opposent à la description anatomique complète des perforations simples subsistent ici.

Comme nous l'avons déjà dit dans ce chapitre, nous en reprendrons l'étude avec un intérêt tout autre au chapitre :

Marche et Complications.

(1) Cf. obs. 41, 42, 43.

CHAPITRE III

Diagnostic.

I. — DIAGNOSTIC CLINIQUE. — *Diagnostic différentiel.* — Il y a perforation. — Absence de tous signes. — Mauvaise interprétation des signes. — Il n'y a pas perforation : la symptomatologie donne le change.

Diagnostic positif. — Perforations simples. — Signes objectifs. — Signes subjectifs. — Signes complémentaires. — Perforations compliquées. — Symptomatologie.

II. — DIAGNOSTIC ANATOMIQUE. — *Perforation récente*, constatée par intervention. — *Perforation ancienne* : cicatrice, fistule, eschare.

Le diagnostic de la perforation utérine se fera de deux façons bien distinctes : tantôt la lésion reste cachée, mais un ensemble de signes cliniques permet de ne point douter de sa réalité ; tantôt c'est l'œil lui-même qui en prend connaissance. De là, deux importants chapitres qui nous ont permis de rejeter de notre thèse un certain nombre d'observations et de n'accepter que celles offrant les garanties suffisantes pour nous autoriser plus tard à fonder nos convictions sur l'avenir de la lésion.

Mais avant d'aborder ce diagnostic positif, clinique et anatomique, nous devons mettre le lecteur en garde contre deux erreurs signalées par tous les auteurs : ignorer une

perforation qui existe, croire à une perforation qui n'existe pas.

Certains auteurs se refusant à admettre l'évolution bénigne de quelques perforations utérines ont, *a priori*, nié la perforation dans ces cas et ont donné, de la symptomatologie alors observée, une toute autre explication : élongation anormale de l'utérus, élongation de l'utérus post-partum. Telle cette femme dont parlent RABE RUCKARDT et LEHMUS chez laquelle l'hystéromètre s'enfonce à 17 centimètres et demi, deux jours après son accouchement ; dix jours plus tard, l'instrument ne pénétrait plus qu'à 10 centimètres ; dix jours après, à 9 centimètres ; telle aussi, peut-être, cette autre femme, VIpape, de notre observation personnelle n° 21, chez laquelle une semaine après l'accouchement, l'hystéromètre s'enfonce à 18 centimètres.

Ils ont invoqué encore la dépressibilité utérine, le cathétérisme tubaire, le cathétérisme d'un utérus bipartitus (1), le cathétérisme d'un utérus unicorne, l'ouverture utérine d'un abcès intraparenchymateux, l'existence d'une fistule ancienne.

Abstraction faite de la part d'exagération inhérente à toute théorie, nous devons toutefois reconnaître que chacune de ces interprétations s'appuie sur des observations indiscutables.

Mais là, il n'y a pas perforation. Nous éliminons donc ces cas de notre travail ; nous tenions cependant à signaler les théories auxquelles ils ont donné naissance, car elles

(1) Cf. R. BLONDEL. *Journal de Médecine de Paris*, 29 mai 1898.

doivent avoir à leur acquit bien des perforations inavouées.

Nous rentrerons donc ainsi dans notre sujet en étudiant le cas où la réalité anatomique est tout simplement ignorée.

Tantôt — faut-il alors taxer le chirurgien de mauvais observateur — **l'accident ne donne lieu à aucun signe** ni subjectif ni objectif, et ce n'est qu'incidemment que l'effraction sera reconnue plus tard. Telle cette perforation utérine dont MORLET rapporte l'observation (1), elle ne fut connue qu'à la laparotomie faite par M. POROCKI. Telle est encore le cas des observations 17 et 41 rapportées dans cette thèse.

Tantôt certains signes ont été remarqués, l'opérateur s'est rendu compte qu'il se passait là quelque chose d'anormal, mais les signes subjectifs très variables d'ailleurs, comme nous le verrons ultérieurement, ont pu être expliqués différemment ; les signes objectifs ont été confondus, de très bonne foi, croyons-nous, avec ceux d'une fausse perforation. Et nous ne saurions mieux faire que de signaler ici les deux observations de BEUTNER (2), d'après lesquelles des alternatives de contraction et de relâchement d'utérus non gravide auraient donné le change. Il s'agit là, comme l'a justement remarqué OBRECHT (3), de véritables perforations utérines.

Le second écueil, avons-nous dit, est de **croire à une perforation qui n'existe pas**. LENOIR (4) rapporte un cas d'hystérectomie vaginale pratiquée par un des chirur-

(1) MORLET. *Thèse*, Paris, 1905, obs. XVI, p. 49.

(2) BEUTNER, *Centralb. für gyn.*, 1897, n° 42, p. 1271.

(3) OBRECHT. *Centralb. für gyn.*, 1897, n° 49, p. 1442.

(4) LENOIR. *In th.*, Paris, p. 29.

giens les plus réputés : tout le monde croyait à la perforation, l'opération justifiée par ailleurs prouva qu'il n'en était rien. BAUSSENAT (1) a publié un cas semblable. Ces faits, plus rares que les précédents, justifient jusqu'à un certain point l'erreur inverse.

Mieux encore, l'erreur a pu être commise dans de soi-disant perforations compliquées, l'agent même de la complication en étant la cause. Témoin ce cas de GÉRARD-MARCHAND, dans lequel deux praticiens, d'après la procidence du soi-disant intestin, avaient conclu à la perforation, alors qu'il ne s'agissait que d'une lèvre très hypertrophiée du col utérin. L'observation, il est vrai, se rapporte à une application de forceps, mais nous ne doutons point que de semblables erreurs puissent être commises sur un utérus non gravide mais pathologique, prolabé, inversé, envahi par un polype, par un fibrome ramolli.

Toutes ces erreurs, quelles qu'elles soient, témoignent de la variabilité des signes de la perforation utérine, de la rareté de leur groupement et par suite de la difficulté du diagnostic clinique.

Ici deux cas se présentent ; ou la perforation est simple, ou elle est compliquée par des délabrements de voisinage. Assez nombreux sont les signes qui ont été proposés ; nous discuterons successivement leur valeur.

C'est tout d'abord l'opérateur qui est effrayé de la **profondeur à laquelle pénètre l'instrument**, fait signalé

(1) GHÉORGHIU. *In th.*, Paris, 1900, p. 43.

21 fois sur nos 75 perforations (1).) Son extrémité est-elle encore dans l'utérus ? En est-elle sortie ? Des dimensions de 13 centimètres et plus doivent en effet donner à réfléchir. Hormis les cas d'anomalie utérine, toujours rares que nous avons déjà signalés, les chances sont grandes en faveur de la perforation. Seuls, les utérus fibromateux, certains utérus post-partum (2), les utérus dilatés par épanchement de sang à leur intérieur (3) pourraient, comme l'a signalé DOLÉRIS, donner le change.

Cette notion de la pénétration de l'instrument prend une valeur presque pathognomonique s'il vient s'y joindre la sensation d'un ressaut franchi (4), d'une **résistance vaincue** (5).

Le *cathétérisme tubaire* pourrait dès lors en imposer, mais outre qu'il serait inexplicable avec des instruments d'un certain volume, il importe alors de considérer la direction de l'instrument.

Est-il dans un plan sagittal ? Le cathétérisme de la trompe ne s'expliquerait que par une latéro-version de l'organe, préalablement decelée par le toucher.

FLOECKINGER (6) en rapporte un bel exemple vérifié par la laparotomie, le cathéter ayant été laissé en place.

Est-il dévié latéralement ? L'explication, quoique plus plausible, ne saurait faire rejeter l'hypothèse de la perfo-

(1) Cf. obs. 1, 2, 3, 9, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 30, 31, 37, 40, 50, 71, 73.

(2) Peut-être le cas de notre observation 21.

(3) Peut-être le cas de notre observation 28.

(4) Cf. obs. 9.

(5) Cf. obs. 4, 5, 15, 37, 73.

(6) *Centralbl. für gyn.*, 24 août 1898.

ration. Parfois le problème restera sans solution immédiate, parfois interviendront certains signes accessoires : douleurs, hémorragies, qui feront pencher le diagnostic vers la perforation.

Mais il y a là un ensemble de signes sur lequel il ne faut guère compter cliniquement : la sensation de résistance vaincue parfois nette, peut manquer totalement ; elle faisait défaut dans treize cas que nous rapportons (1), et il nous reste à discuter la valeur de la douleur et de l'hémorragie.

La douleur n'existe pas chez le sujet anesthésié, ce qui l'élimine d'emblée de la statistique de certains chirurgiens, de plus de la moitié des cas sur l'ensemble ; et les formes qu'elle revêt sont si variables qu'on ne saurait la considérer comme un symptôme fidèle. *Douleur syncope* (2), *vive douleur* (3), *coliques, simples tensions* (4), tout a été signalé, jusqu'à l'*absence complète de douleur* (5).

Quant à l'**hémorragie**, elle nous semble ne devoir être prise en considération que si son début coïncide avec la sensation d'effraction perçue par l'opérateur (6), ainsi que nous le disions plus haut. A part ce cas particulier, nous croyons devoir nous rallier à l'opinion de REBREYEND (7) :

(1) Cf. obs. 1, 2, 3, 8, 11, 22, 24, 25, 34, 50, 54, 55, 71.

(2) Cf. obs. 58.

(3) Cf. obs. 6, 22, 35, 36, 56.

(4) Cf. obs. 37.

(5) Cf. obs. 2, 18, 19, 26.

(6) Cf. obs. 24.

(7) REBREYEND. *In thèse*, Paris, 1901, p. 73.

« Il y a assez de raisons pour expliquer l'hémorragie sans faire intervenir la perforation utérine. »

D'ailleurs, ce signe pourrait égarer le diagnostic, faire croire à une perforation qui n'existe pas, et en admettant la réalité de la plaie pénétrante, notons qu'elle peut saigner aussi bien dans le péritoine qu'à l'extérieur, comme le prouvent plusieurs observations (1) et notre cas inédit (2). Il s'agit d'une femme conduite à l'hôpital, où elle fut opérée pour hématocele rétro-utérine. Aussi, en concluons-nous que les signes d'hémorragie interne ont au moins autant de valeur que l'écoulement de sang par les voies naturelles.

A côté de ces deux signes : douleur, hémorragie, nous devons en signaler un autre : la **tendance au collapsus** (3).

Comme les symptômes précédents, ce signe tire sa plus grande valeur du moment de son apparition. Il serait pour l'opérateur d'une ressource d'autant plus précieuse qu'il se rencontre même chez la malade endormie (4). Le chirurgien qui voit blêmir soudainement sa malade, à l'instant même de la pénétration profonde de l'instrument, ou de la sensation de résistance vaincue, peut, presque à coup sûr, porter le diagnostic de perforation utérine. Mais ce signe manque dans l'immense majorité des cas et quand il se produit, il n'est pas toujours contemporain de la perforation, apparaissant plus tard, à l'occasion d'une injection

(1) Cf. obs. 13, 31, 66.

(2) Cf. obs. 17.

(3) Cf. obs. 35, 36, 45.

(4) Cf. obs. 51.

utérine, comme l'a signalé JAYLE (1), comme le prouvent les observations 57 et 59, et comme l'a rapporté MAUCLAIRE (2).

De tout ceci, il résulte que, si parfois le chirurgien a connaissance de la lésion au moment même où il la produit, parfois aussi il ne peut que la soupçonner ; c'est alors que son diagnostic se raffermira s'il constate l'un des signes suivants : sensation de l'extrémité de l'instrument en contact immédiat avec la paroi abdominale — mensuration de l'utérus en un autre point donnant un résultat discordant (3) — exploration de l'utérus avec un instrument de plus gros volume, incapable de s'engager dans la brèche — toucher digital intra-utérin.

Nous ne voulons point discuter ici l'inocuité de ces manœuvres. Sauf les cas où elles sont condamnables comme n'éclairant point un diagnostic déjà certain, on peut dire que la question de fait prime la discussion doctrinaire.

La contre-indication de ces explorations dépend surtout de l'état de la friabilité du muscle utérin et du siège de la perforation soupçonné. L'opérateur s'exposerait alors à augmenter la solution de continuité — à produire une grave hémorragie — à compliquer la perforation — voire même à la créer.

Mais, exécutées avec toute la douceur désirable, ces manœuvres sont très justifiables, le meilleur moyen de

(1) JAYLE. *Thèse*, Paris 1895 ; — *Cf. obs.* 51.

(2) MAUCLAIRE. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1903.

(3) Obs. de HILDEBRANDT. *In Thèse* LENOIR, obs. VIII, p. 57 et obs. 6.

parer aux complications n'est-il pas de connaître le mal ?

Nous étudierons donc successivement ces divers moyens d'investigation.

La sensation de l'instrument sous la paroi abdominale a été, pour certains auteurs, le signe de certitude (1). SCANZONI, toutefois, a fait remarquer « que par la présence d'un infarctus chronique, les parois de la matrice ne sont pas toujours si épaisses qu'il ne devienne possible de sentir le bec de la sonde à travers elles et les parois abdominales ». Et COURTY a signalé l'amaigrissement des parois dans l'atrophie concentrique. A la vérité, il est des cas où un ensemble de circonstances favorables permet de ne point mettre en doute la réalité de la lésion : téguments souples et de faible épaisseur, — extrémité de l'instrument sentie non loin du pubis, sur la ligne médiane, au voisinage de l'ombilic — mobilité de l'instrument ainsi engagé — surtout s'il s'agit d'un utérus petit et ferme (2), d'un utérus en situation vicieuse.

Ce doit être dans un cas analogue que ROSENFELDT (3) a pu sentir la cupule de sa curette.

Malheureusement, on ne doit guère compter sur une netteté aussi grande et, comme le dit REBREYEND (4) : « Il faut savoir se contenter d'une sensation obscure » ; et c'est alors que le signe devient discutable.

Il a contre lui tous les cas de fausse perforation : c'est un utérus à parois flasques anormalement élongé ou facile-

(1) Cf. *Obs.* 1, 2, 6, 9, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 33, 36.

(2) Cf. *Obs.* 9.

(3) ROSENFELDT. *Centralbl. für gyn.*, 19 mai 1898 et *obs.* 12.

(4) REBREYEND. *In Th.*, Paris, 1901, p. 75.

ment dépressible — c'est un cathétérisme tubaire — c'est le cathétérisme d'un utérus bipartitus (1) ou unicolore — c'est une perforation intra-ligamenteuse (2). Sans discuter ici une à une ces diverses causes d'erreur, nous devons admettre que, dans la plupart des cas, l'examen de l'utérus qui doit précéder toute intervention suffira à éclairer le diagnostic (3).

La discordance entre la pénétration de l'instrument et la mensuration utérine, au voisinage du siège présumé de la perforation, discordance signalée dans de nombreuses observations (4), a contre elle les mêmes objections que ci-dessus, sauf celle qui relève de l'élongation et de la dépressibilité de l'utérus ; elle donnerait le change par un autre mécanisme : l'hystéromètre ne peut repousser la paroi utérine aussi aisément que le fait un instrument plus large. Mais alors, l'arrêt de l'hystéromètre se produit en un point quelconque de la paroi, il n'en est aucun où l'instrument puisse filer librement dans le péritoine. Et ce refoulement par un instrument plus large, se fait-il absolument sans effort ? Si non, de cette double notion : arrêt de l'hystéromètre, refoulement par un instrument à plus grosse extrémité, on peut conclure à l'intégrité de la paroi.

Quant aux autres objections elles ont ici plus de valeur encore que précédemment, et ici, comme ci-dessus, c'est de l'examen comparatif de l'état général de l'utérus au cas particulier, que sortira le diagnostic.

(1) BLONDEL. *J. de médecine de Paris*, 1898.

(2) PICHEVIN. *Sem. gyn.*, 7 avril 1902.

(3) *Cf. Obs.* 3.

(4) *Cf. obs.* 4, 5, 6, 9, 11, 12, 18, 50, 53.

Disons surtout que ces objections visent des anomalies qui ne sauraient priver le clinicien d'un excellent moyen de contrôle : quand en un point où tout orifice naturel ne saurait être supposé, l'instrument s'engage à une profondeur exagérée, tandis qu'ailleurs il s'arrête à une profondeur voisine de la normale, on peut conclure à la perforation.

L'exploration de l'utérus à l'aide d'un instrument plus large que celui qui a produit la perforation, a pu donner quelques résultats. Nous lui devons, à n'en pas douter, une observation de BEUTTNER (1), quoique les conclusions de l'auteur soient tout opposés : quatre fois la soude pénètre à 20 centimètres, tandis que le dilateur est arrêté à 8. Notons le fait, mais soyons prudent : si la perforation a pu se produire aisément, plus aisément encore, elle s'agrandirait, à l'insu même de l'opérateur. Témoin ce cas rapporté par KELLY (2) où le petit orifice créé par la pointe d'un petit instrument avait été élargi par un plus gros.

Par contre, étant donné ce que nous savons de la dépressibilité de certains utérus devant un volumineux instrument, n'y aurait-il pas intérêt à explorer ces utérus à l'aide d'un hystéromètre de calibre plus petit que celui de l'instrument préjugé meurtrier ?

Mais c'est au **toucher digital intra-utérin**, si possible, qu'il faut donner la préférence. Le doigt mieux qu'un instrument appréciera la mollesse de la paroi utérine, il la sentira fuir devant lui, et s'il y a perforation il en apprê-

(1) BEUTTNER. *Centralbl. f. gyn.*, 1897, n° 42, p. 1271.

(2) KELLY. *American. of obstetrics*, 1891, n° 1, p. 42.

ciera le siège, l'étendue et parfois la forme. Ainsi agissent VINSONNEAU dans une observation rapportée par MAUCLAIRE ; MORLET (1) dans sa thèse et le chirurgien dans les observations 16 et 27.

Mais, est-il besoin de le dire, l'utérus n'est pas toujours perméable au doigt, et l'on ne saurait se livrer à des manœuvres de dilatation sur un organe dont l'intégrité est tout au moins suspecte.

Nous avons ainsi étudié, comment dans un premier temps le chirurgien prend connaissance de la perforation qu'il vient de créer, comment dans un second temps, si besoin, il confirme son diagnostic. C'est en ayant sous les yeux ce tableau clinique que l'on tirera de tous ces signes le plus de renseignements utiles. Comme toujours, leur valeur diagnostique est d'autant plus grande qu'ils concordent entre eux.

Il nous faut maintenant envisager le diagnostic de certaines perforations plus spéciales, des **perforations compliquées** avons-nous dit, des perforations s'accompagnant de lésion d'organes voisins. Or, ici, tantôt très rarement il est vrai, la perforation passe inaperçue ou n'est point rapportée à sa vraie cause, la perforation utérine ; tantôt au contraire, elle attire toute l'attention et impose le diagnostic.

Les faits de cette seconde catégorie seront seuls étudiés ici, à cause de leur remarquable valeur diagnostique.

(1) MORLET. *In th.*, Paris, 1905, obs. XVIII, p. 50.

Nous suivrons encore le chirurgien dans son acte opératoire, et en même temps que lui, nous prendrons connaissance de ces complications.

La procidence de l'épiploon (1) ou de l'intestin (2) n'est point chose rare.

Tantôt accrochés par la curette qui a causé la perforation, ils apparaissent à l'orifice externe au moment même où l'opérateur retire l'instrument. Dès lors, le diagnostic est de suite évident.

D'autres fois, c'est au cours du curettage que l'instrument ramène au milieu des débris des petits amas de graisse épiploïque. Une observation de ce genre rapportée par PICHEVIN et une autre de LANNELONGUE, de Bordeaux (3) ne permettent point de douter de la réalité du fait, mais on doit critiquer la conduite du chirurgien qui prolongerait pareille expérience.

Ailleurs, c'est en faisant l'examen complémentaire de l'utérus soupçonné de perforation que le chirurgien sentira du doigt l'épiploon ou l'intestin.

Enfin il est des cas où l'opération semblera terminée sans incident, quand l'**absence du retour du liquide de l'injection** intra-utérine portera l'alarme (4). S'agit-il d'un utérus ferme et petit ? Les eaux de lavage sont-elles abondantes ? Le retour du liquide manque-t-il totalement ou même n'est-il que manifestement incomplet ? le dia-

(1) Cf. obs. 60, 61, 62, 74.

(2) Cf. obs. 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 75.

(3) LANNELONGUE. *Société de gyn., de péd. et d'obst. de Bordeaux*, 12 avril 1892.

(4) Cf. obs. 53, 55, 57, 58.

gnostic s'impose. Mais il se discute si l'utérus est gros et flasque. Le liquide occupe-t-il la cavité utérine dilatée ? Est-il passé dans le péritoine ? La main placée sur l'abdomen donnera la solution du problème ; l'utérus a-t-il subitement augmenté de volume ? l'expression utérine ramène-t-elle le liquide injecté ? Si non le diagnostic ne fait plus de doute. Et ce serait là une véritable perforation compliquée dans le sens que nous avons donné à ce terme ; les organes voisins, balayés par un liquide septique, ou toxique, pourront en effet réagir pour leur propre compte et donner lieu à des phénomènes d'infection qui n'ont rien de commun avec l'évolution de la perforation elle-même.

D'ailleurs il n'y a pas que le liquide de l'injection qui puisse normalement envahir la cavité abdominale par la brèche utérine.

Si nous ne signalons pas ici l'épanchement de sang, c'est qu'alors les phénomènes généraux dominent la scène, ainsi que nous l'avons déjà signalé en traitant de l'hémorragie et comme le prouve notre observation 17. Plus tard, si la malade résiste, les signes physiques pourront apparaître, mais nous rentrons là dans le diagnostic clinique rétrospectif de la perforation utérine.

Dans des cas, rares à la vérité, le diagnostic de corps étrangers ayant pénétré dans l'abdomen (1), peut faire soupçonner la lésion. Les commémoratifs ne permettent point d'en douter après que l'examen génital aura démontré l'intégrité des culs-de-sac vaginaux.

Faut-il, pour être complet, signaler la possibilité de

(1) Cf. obs. 41, 42, 43.

l'emphysème du tissu cellulaire pelvien donnant naissance à une crépitation abdominale évidente à la palpation? Malheureusement si nous en exceptons les ruptures du travail, nous n'avons trouvé ce signe relaté dans aucune observation.

Les fistules métro-péritonéales qui succèdent en général au drainage de l'utérus, après d'importantes opérations sur les organes génitaux (1) auraient parfois fait faire le diagnostic (2). Mais le signe se discute, car rien ne prouve *a priori* que la fistule ait succédé à une perforation instrumentale, et à défaut de preuves contraires, on peut toujours supposer que c'est elle, qui en s'installant dans la paroi utérine, a créé une solution de continuité.

Certains auteurs enfin, doutant de la lésion, ont cru trouver la clef du diagnostic dans l'expectative.

Cliniquement, cette conduite peut se justifier, mais ici, elle ne saurait nous fixer. Ne savons-nous pas qu'il est des perforations bénignes? et les symptômes banaux de réaction péritonéale, ne peuvent-ils relever que d'une perforation utérine? Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici le cas de FREUND cité par HÉGAR (3). où à l'autopsie on constata que l'infection était due, non à une perforation, mais au passage du pus par la trompe dans le péritoine. Rappelons aussi l'erreur de diagnostic signalé dans la thèse de GEORGHIO (4), l'utérus examiné après l'hystérectomie vaginale était intact.

(1) Cf. obs. 32, 33.

(2) Cf. obs. 34.

(3) HÉGAR. Gynécol. opératoire. Trad. Bar.

(4) GEORGHIO. *In th.*, Paris, 1900, p. 43.

Quittons maintenant le domaine de la clinique, pour aborder l'étude de la perforation utérine, pièce en main. Quels sont les signes qui, en présence d'une solution de continuité de la paroi utérine, nous permettront d'affirmer que la lésion actuelle témoigne d'une perforation instrumentale, primitive et complète ?

Plus l'accident est ancien, plus le problème se complique. Aussi devons-nous distinguer deux cas bien différents : la blessure est récente ; la blessure est déjà ancienne.

Si une *intervention immédiate*, met sous les yeux les désordres que vient de causer, en un point présumé de la paroi, un instrument connu, dans des circonstances déterminées, il est de toute évidence que la conclusion s'impose.

Si l'on excepte les cas très rares, où le liquide de l'injection intra-utérine aurait pu causer la rupture, et ceux plus fréquents où elle se serait produite spontanément pendant le travail, on peut dire que toute perforation dont les lèvres ne sont pas encore modifiés, témoigne du passage d'un instrument.

La laparotomie (1), la colpotomie (2), l'hystérectomie vaginale (3) nous doivent chacune nombre de constatations de ce genre.

Par contre, on ne peut être aussi affirmatif quand il s'agit de *perforations déjà plus altérées*, sans commémoratifs nets, surtout dans ces autopsies où les perforations succèdent à la chute de larges eschares.

(1) Cf. obs. 7, 15, 47, 58, 61, 74.

(2) Cf. obs. 12, 13.

(3) Cf. obs. 71.

Parfois c'est incidemment qu'au cours d'une opération, on découvre sur la matrice une cicatrice (LAWSON TAIT en cite deux cas), ou une fistule. Ces constatations, très intéressantes au point de vue de l'évolution de la lésion, n'ont de valeur qu'autant qu'elles reposent sur un diagnostic exact.

La cicatrice doit gagner la cavité cervicale, mais elle ne doit point se prolonger jusqu'aux léguments abdominaux, laissant à penser que c'est là la porte d'entrée.

La fistule est des plus difficiles à rapporter à sa véritable cause. Son trajet plus ou moins anfractueux ne rappelle que de loin l'aspect primitif de la lésion.

Parfois ses bords se prolongeant par une cicatrice linéaire ou étoilée (1) donnerait à penser qu'il y a là autre chose que la simple évolution d'un abcès : s'agit-il d'une suite opératoire ? Est-ce la trace d'une perforation accidentelle ? En l'absence de tout commémoratif, le plus sage sera souvent de s'abstenir.

Mais ces signes prennent une tout autre valeur quand ils s'accompagnent de certaines complications, telles que, traces de cicatrices sur les organes voisins, découverte de corps étrangers dans l'abdomen.

Si telles sont les précautions dont on doit s'entourer avant de porter le diagnostic de perforation utérine, d'après l'examen d'une pièce relativement saine, combien plus grande sera la prudence du médecin qui n'aura sous les yeux qu'un organe très altéré par la gangrène.

A part les cas, où une blessure para-utérine témoigne

(1) Cf. obs. 32.

nellement du passage de l'instrument vulnérant au travers de la matrice, à part les cas où un corps étranger introduit dans l'utérus a été retrouvé dans l'abdomen, on ne saurait, de la perte de substance alors constatée, déduire qu'utérus et péritoine aient été entièrement traversés par l'instrument.

La thèse récente de CHARLES PAUL (1) semble établir que la perforation gangreneuse spontanée serait surtout une vue de l'esprit, que dans tous les cas rapportés il y aurait eu pénétration de l'instrument dans l'utérus ; mais elle ne nous permet pas de conclure qu'il y ait eu perforation primitive et complète, « perforation simple », comme dit RICHARDIÈRE.

Avec cet auteur, nous admettons que dans un utérus incomplètement perforé ou même simplement éraillé, les bords de la lésion puissent se mortifier, former « des lambeaux putrilagineux dont la chute augmentera les dimensions de la perforation en largeur et en profondeur. Grâce aux progrès de la gangrène, l'utérus ne tardera pas à être perforé complètement. » (2) D'ailleurs, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer nous-même sur plusieurs pièces anatomiques, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations citées par Charles Paul, la perte de substance est presque toujours bien plus considérable du côté de la muqueuse. De ces cas, nous ne pouvons, semble-t-il, tirer aucune conclusion.

Au contraire, lorsque la disposition est inverse, lorsque

(1) CHARLES PAUL. *Th.*, Paris, 1906.

(2) RICHARDIÈRE. Des perf. ut. avec gangrène circonscrite. *Ann. d'hyg. pub. et méd. lég.*, 1887, p. 427, t. XVIII.

la perte de substance forme un infundibulum à base péritonéale comme le professeur BROUARDEL en a vu quelques cas (1), il semble hors de doute que la perforation instrumentale ait été complète d'emblée.

(1) BROUARDEL. L'avortement, 1901, p. 221 et 222. *Cf. obs.* 48 et 49.

CHAPITRE III

Marche et Complications.

- I. PERFORATION SIMPLE. — *Hémorragie* interne et externe. — *Guérison sans incident*. — Infection venue de l'utérus. — Infection venue de l'instrument. — Les inflammations chroniques protègent le péritoine. — *Péritonite localisée*. — *Péritonite généralisée*. — *Septicémie*. — Marche et complication de la perforation de l'*utérus gravide*. — Marche et complication de la perforation de l'*utérus récemment évacué*.
- II. PERFORATION COMPLIQUÉE. — Procidence épiploïque. — Procidence intestinale. — Etranglement. — Sphacèle.

Avant d'aborder ce chapitre, il importe de distinguer ici, comme nous l'avons déjà fait ailleurs, deux cas tout à fait dissemblables : ou la perforation est simple, ou elle est compliquée au sens que nous donnons à ce terme.

Dans cette seconde hypothèse, la complication peut être tellement importante, qu'évoluant pour son propre compte, elle masque entièrement la marche de la perforation ; c'est par exemple une perforation compliquée par blessure de l'intestin ou des organes voisins.

Mais il est aussi des complications de moindre importance qui ne semblent pas augmenter la gravité de la per-

foration : telle l'issue d'un lobule graisseux épiploïque à travers les lèvres de la plaie. La perforation évolue alors comme si aucun élément étranger n'était venu entraver sa marche. Par cela même ces cas se confondent avec les perforations simples.

La perforation vient de se produire, elle n'est pas compliquée, que va-t-il advenir ?

Tout d'abord, l'opéré peut présenter les symptômes étudiés dans le chapitre précédent : douleur syncopale, tendance au collapsus. Quelqu'impressionnants que soient ces signes pour le chirurgien, il doit savoir que la *mort subite*, quoique signalée par BONVALOT (1) est une rareté et que le danger n'est point là : il est dans l'hémorragie, il est dans l'infection, et fort heureusement bien souvent il n'est pas.

L'hémorragie abondante parfois au point de nécessiter une rapide laparatomie (2), peut d'autres fois s'arrêter d'elle-même (3). par le simple bourrage (4), mais tout péril n'est point conjuré, le sang peut envahir l'abdomen (5).

Aussi, importe-t-il de prendre le pouls de la malade, car ce sont les signes généraux surtout qui nous rendront compte de la situation.

On doit toujours craindre l'hémorragie interne, plus dangereuse que l'hémorragie externe, parce que, souvent méconnue, ou trop tardivement diagnostiquée. Notre ob-

(1) BONVALOT. De la mort subite. Phénomène d'inhib. ayant pour point de départ l'utérus. *Th.* Paris, 1891-1892.

(2) *Cf. obs.* 17.

(3) *Cf. obs.* 6.

(4) *Cf. obs.* 24.

(5) *Cf. obs.* 13.

servation 17 le prouve pleinement. Le diagnostic posé à l'hôpital quelque temps après l'accident, était celui d'inondation péritonéale : la laparatomie permit de compléter le diagnostic, d'arrêter l'hémorragie et d'évacuer le péritoine.

Cet épanchement de sang, dans la séreuse, constitue en effet, une menace pour l'avenir : excellent bouillon de culture, il peut devenir le point de départ de complications graves. Le tamponnement s'est rendu maître de l'hémorragie, ou bien elle s'est arrêtée d'elle-même, le pouls gagne en force et en amplitude, les extrémités se réchauffent, le faciès devient meilleur, mais la partie n'est pas encore gagnée : l'infection est à redouter.

Heureusement que le tableau clinique n'est pas toujours aussi sombre ; l'hémorragie est loin d'être constante, et à croire certains chirurgiens, l'infection serait l'exception. Pour incontestable que soit le fait de la **bénignité de certaines perforations**, nous en donnons nous-même des exemples dans nos observations personnelles. on doit se demander avec MIQUEL (1) si nous sommes bien documentés à ce sujet. Ce qui manquerait à la statistique ce ne serait pas, dit-il, tant « les perforations bénignes qui ont de l'attrait scientifique », « ce sont les perforations graves que les opérateurs timorés laissent absolument dans l'ombre ».

L'optimisme de certains chirurgiens est extrême. A les croire, la perforation utérine constituerait un traitement. Certaines observations sont renversantes de naïveté... ou

(1) MIQUEL. *Th.*, Paris, 1902, p. 59.

bien sont-elles incomplètes ? Il s'agit de femmes dont l'état nécessite un curettage utérin. A peine l'instrument est-il introduit dans la matrice, qu'il perfore la paroi. On cesse alors toute intervention et au bout d'un nombre de jours variable, la femme sort guérie (1).

En face de pareilles observations, il y a lieu de se demander si l'utérus était bien malade, et si ce n'est pas là, par cet abus d'interventions sur des utérus sains, que l'on doit trouver la principale cause de l'inocuité de la perforation utérine.

La théorie de la « ponction aseptique » a été brillamment soutenue par le professeur Pozzi. L'on ne voit pas, en effet, quel danger peut faire courir une solution de continuité créée par un instrument propre, dans un utérus propre, préservé secondairement des souillures par un bon pansement.

A part l'hémostase, dont on n'est jamais sûr, mais qui, le plus souvent, s'établit d'elle-même, tout doit se passer comme dans une opération réglée. A moins de complications rares, telles que procidence de l'intestin, pénétration de liquide toxique dans l'abdomen, la malade doit guérir très simplement.

Il n'en est pas toujours ainsi : *la cavité utérine normalement aseptique, ne l'est généralement plus quand elle nécessite une intervention.* La flore microbienne la plus diverse, a été rencontrée dans les sécrétions morbides et s'il faut en croire RÉGNIER (2), elle aurait, elle aussi, ses

(1) Cf. obs., 3-6-18.

(2) RÉGNIER. *Mémoire de la Société de médecine*, 1898.

altitudes. Quoi qu'il en soit, retenons ce simple fait que si l'agent pathogène est parfois situé en surface, parfois aussi il habite les profondeurs du tissu utérin ; c'est alors qu'il résiste aux toilettes préliminaires de toute intervention utérine. La perforation lui ouvre une route vers le péritoine, et tout dépend de la résistance de la séreuse.

Mais avant d'aborder ce vaste problème, jetons un coup d'œil sur *les instruments*. Quels qu'ils soient, leur stérilisation est absolue, d'où vient-il que toutes choses égales du côté de l'utérus, les perforations créées par certains, l'hystéromètre, par exemple, présentent une remarquable innocuité ? La dimension plus petite de la brèche, ne peut intervenir que comme cause mécanique ; affrontement parfait des lèvres, brossage de l'instrument ; car en matière d'infection, la largeur de la porte d'entrée importe peu.

Nous reconnaissons toutefois, que dans les cas heureux, où l'instrument n'a pas ensemencé le péritoine, l'étroitesse de l'orifice en permettant l'accolement immédiat des lèvres et l'occlusion plus prompte par cicatrisation, s'oppose très efficacement au passage des sécrétions morbides vers la séreuse. Témoin ce cas rapporté par POTHERAT (1) dans lequel l'une des lèvres formant clapet obturait l'orifice à ce point, que le chirurgien a pu sans danger terminer son intervention par une injection intra-utérine.

Mais d'où vient justement que l'instrument perforant n'ait point ensemencé la séreuse ? Cela vient de sa forme, croyons-nous.

Un utérus aseptique sera impunément traversé par un

(1) Cf. obs. 6.

hystéromètre ou une curette aseptique, c'est entendu. Mais que les parois utérines soient septiques, et le problème change du tout au tout, suivant que la perforation est causée par l'hystéromètre ou la curette.

LENOIR admet le brossage mécanique de l'hystéromètre enserré par les lèvres de la plaie. C'est là une explication qui exige comme condition nécessaire, d'une part une perforation plus petite que l'instrument qui la traverse, et d'autre part un instrument d'un calibre uniforme. Condition requise dans l'observation rapportée par POTHERAT, puisque la perforation avait été causée par une laminaire ; condition observée dans les perforations par hystéromètre.

La curette, au contraire, change considérablement les éléments du problème ; son bec au lieu de piquer la paroi, bien souvent la fera éclater. La forme irrégulière de la cupule rend le brossage impossible et la tige passe sans frottement dans la large perte de substance.

Supposons même, que dans ce premier temps l'effraction se soit faite avec le minimum de dégâts possibles, dans un deuxième temps, la curette en franchissant de nouveau l'orifice pour revenir, va augmenter les désastres, créer des lambeaux plus vastes et plus irréguliers, qui auront peine à s'affronter par leurs bords.

Si la perforation se produit au début de l'intervention, avant que la curette se soit souillée, au moment même où elle recherche le fond de l'utérus, on peut admettre que le péritoine échappe à un ensemencement immédiat. Mais si c'est au cours de l'opération que survient la perforation, alors que la curette est chargée de débris pathogènes, on s'ex-

plique difficilement que la séreuse puisse éviter la contamination.

Comment va-t-elle réagir ? C'est ce qui nous reste à étudier.

Toutes les péritonites, disons-le de suite, ne se ressemblent point, et ici intervient la banale question de la graine et du terrain. Bien souvent, l'infection de l'utérus s'est depuis longtemps déjà propagée jusqu'au péritoine, siège d'une inflammation chronique (1) ; ses lymphatiques dilatés charrient de nombreux microbes, ceux-là mêmes, qui après perforation, viendront au contact de la séreuse. Quelquefois même, le processus inflammatoire est allé plus loin : il s'est formé autour de l'organe des adhérences qui barrent la route à l'infection. Si l'on admet que dans ces cas la virulence du microbe soit fortement atténuée, faut-il s'étonner de l'évolution bénigne de l'accident, **immunité du péritoine** d'une part, atténuation de la virulence microbienne d'autre part, étant les deux termes du problème ?

Aux multiples combinaisons de ces facteurs, correspondent les diverses formes de la réaction péritonéale ; les plus graves étant le plus souvent l'apanage des séreuses primitivement saines. D'ailleurs rien ne distingue les péritonites des perforations utérines, des péritonites de causes quelconques. Ici, comme partout, la péritonite évolue selon ses trois grandes formes habituelles, subaiguë, aiguë, suraiguë.

Dans sa **forme subaiguë**, la péritonite reste localisée, il s'agit de véritables abcès péri-utérins (2). Les organes

(1) Cf. obs. 2, 3, 73.

(2) Cf. obs. 53.

du voisinage, agglutinés, limitent le foyer purulent ; la quantité de pus maintenu par ces adhérences n'est pas du tout en rapport avec le volume du plastron que l'on sent à la palpation, ou la masse que révèle le toucher. L'empâtement est en général considérable et le pus peu abondant. L'abcès le plus souvent est unique, mais quelquefois ils sont multiples à siège très variable. Quoi qu'il en soit, l'évolution de ces abcès est l'une des suivantes : ou ils se résorbent, ou ils se font jour du côté de l'utérus, laissant après eux une fistule métro-péritonéale, ce qui est exceptionnel, ou ils fusent dans la grande cavité, donnant lieu à une péritonite généralisée, mais celle-ci est le plus souvent primitive.

A chacun de ces cas correspond une symptomatologie un peu spéciale ; on peut toutefois en donner une description générale, suffisamment exacte. La douleur dans le bas-ventre est le signe initial, il est suivi de ballonnement et de vomissements verdâtres. La constipation dure quelques jours, la malade ne peut uriner seule ; mais tout rentre dans l'ordre en 24 à 48 heures (1). La langue qui était sèche redevient meilleure ; de 38°, 38° 5, la température tombe à la normale, il ne reste guère qu'une sensibilité à la pression et un empâtement abdominal.

D'autres fois, la convalescence se fera plus attendre longtemps (2) ; ce ne sera qu'à la fin de la troisième semaine que les symptômes rétrocéderont, et le rétablissement complet demandera deux ou trois mois.

Entre la forme localisée et la forme généralisée, il y a

(1) Cf. obs. 37.

(2) Cf. obs. 35, 36, 40.

tous les intermédiaires, en passant par la *pelvi-péritonite à foyers successifs*, comme REBREYEND (1) en a signalé un cas, et la *forme localisée multiple* ; les abcès n'étant séparés les uns des autres que par de fragiles barrières d'adhérences péritonéales. Cliniquement, cette forme ressemble à s'y méprendre à la forme généralisée purulente.

La forme généralisée peut, en effet, se présenter sous deux types : la péritonite généralisée purulente, et la septicémie péritonéale.

Dans la **péritonite généralisée purulente**, toute la la cavité pelvienne, l'hypogastre et les flancs se trouvent envahis par un pus sanieux, fétide, mal lié. C'est la véritable forme aiguë ; et si parfois les symptômes sont alarmants d'emblée (2), parfois aussi le tableau clinique, d'abord assez semblable au précédent, s'aggrave par la suite. La malade continue à vomir, la constipation est très tenace, l'anurie complète. Si le pouls reste rapide et fort, si la température monte, on peut annoncer que le foyer purulent s'étend. Le toucher vaginal et la palpation permettent souvent de sentir les progrès de la collection.

Si l'on n'intervient pas, la fièvre hectique à grandes oscillations conduira la malade à une cachexie rapide, et sa mort peut être hâtée par une complication grave, telle que endocardite végétante, phlébite, infarctus pulmonaire.

Dans sa **forme suraiguë, généralisée, septicémique** (3), la péritonite est annoncée par une vive douleur

(1) REBREYEND, *th.*, Paris 1901 ; Obs. CVIII, p. 157.

(2) *Cf. obs.* 44, 45, 46, 56.

(3) *Cf. obs.* 47, 51, 52, 54, 55, 57, 58.

utérine qui bientôt envahit l'abdomen. Le pouls est filiforme, rapide ; la température dépasse 40°. La malade est en demi-collapsus, elle a le teint plombé, l'œil anxieux, la langue sèche, sa respiration est courte, dyspnéique. Le ventre est météorisé, très douloureux, véritablement ligneux à la palpation, partout de consistance égale, on ne constate pas de plastron. La percussion ne révèle que de la sonorité dans tout l'abdomen. Bientôt apparaissent les vomissements porracés. La diarrhée s'installe, souvent profuse, toujours fétide. Les extrémités se refroidissent, et cette forme à allure ultra-rapide se termine toujours par la mort.

Tel est le tableau de la grande infection que reproduisent si fréquemment les perforations des utérus puerpéraux ; et à la bénignité relative de la perforation des utérus gynécologiques, il faut opposer la gravité de la perforation de l'utérus gravide ou récemment évacué — à juger du moins d'après les statistiques.

Que savons-nous de la **perforation de l'utérus gravide** (1) ? Connaissions-nous tous les cas d'avortement criminel ? Or, à l'inverse de ce que nous avons signalé pour les perforations opératoires, parmi les perforations criminelles, celles-là seules qui se compliquent figurent sur nos statistiques. Les autres, ou restent clandestines comme l'avortement lui-même, ou se terminent par une fausse couche qui se fait sous nos yeux. Rien, jusqu'à preuve du contraire, nous empêche de supposer qu'une perforation d'utérus gravide ne puisse être bénigne. En face du nombre

(1) Cf. obs. 16, 17, 42, 43, 44, 47, 72.

croissant d'avortements provoqués, dont les rares victimes témoignent du moyen employé, tout nous porte à croire que la perforation bénigne d'utérus gravide est fréquente.

On peut arguer de la susceptibilité spéciale de la matrice en état de gestation : cette susceptibilité rend le problème plus difficile mais non insoluble. Les accoucheurs l'ont résolu : ils savent quand besoin est, arrêter une grossesse sans suites fâcheuses. Si des accidents infectieux peuvent survenir entre les mains des matrones sans soins, nous ne devons pas ignorer qu'il est des charlatans qui savent être propres.

Restent les cas de perforation opératoire dans les **utérus post-partum** (1) et **post-abortionum** (2).

Faut-il avec Dumont en voir la cause de gravité dans l'état congestif de l'organe, qui intervient pour maintenir béant l'orifice ? En tous cas, la raison ne paraît pas suffisante. Et cette congestion devrait, il nous semble — comme légère compensation — favoriser la diapédèse. La véritable cause, croyons-nous, doit être recherchée en dehors de la perforation. N'est-ce pas parce qu'on craint la réaction de la séreuse qu'on curette les puerpérales ? Le curettage est-il toujours efficace ? N'est-il pas souvent pratiqué trop tard ? La péritonite a-t-elle besoin de la perforation pour apparaître ? Dans les deux erreurs de diagnostic cités plus haut, l'utérus était intact (3).

(1) *Cf. obs.* 18, 19, 20, 21, 35, 36, 46, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 73.

(2) *Cf. obs.* 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 50, 65, 67, 68, 69, 70, 74, 75.

(3) *Cf. supra*, p. 39.

Avant de terminer ce chapitre, il nous faut signaler quelques cas de complications plus rares ; nous voulons parler des **hernies de l'intestin** au travers de la perforation.

Les *procidences épiploïques* (1) qui par elles-mêmes ne semblent pas assombrir le pronostic ne nous arrêterons pas. Il n'en est pas de même quand il s'agit de l'intestin.

Le plus souvent c'est l'instrument perforant qui a attiré l'intestin dans l'utérus, créant ainsi d'emblée une perforation compliquée ; mais parfois aussi, cette pathogénie n'est point notée, et il y a lieu de se demander, si ce n'est pas spontanément, à travers la brèche assez large (2) que l'intestin s'est hernié secondairement par un mécanisme commun ; et à part l'infection, sur laquelle nous ne reviendrons pas, le danger réside dans la **menace d'étranglement**.

Si l'on excepte l'étranglement de l'anse intestinale, par la contraction de l'anneau musculaire utérin — inconcevable, il nous semble dans les cas de hernie spontanée secondaire — le mécanisme, qui préside à cet étranglement, n'a ici non plus rien de spécial. Aux diverses variétés anatomiques correspondent les mêmes complications plus ou moins graves, plus ou moins rapides.

Parfois la difficulté est grande pour réduire l'intestin : ALBERTI (3) a dû pratiquer deux incisions sur l'orifice interne avant de faire rentrer l'intestin vidé de ses gaz

Parfois aussi le **sphacèle** s'est installé (4) et il faut

(1) Cf. obs. 60, 61, 62, 74.

(2) Cf. obs. 63.

(3) ALBERTI. *Centrabbl für gyn.*, 29 sept. 1894.

(4) Cf. obs. 65 et 69.

reséquer une partie de l'intestin. Ces faits sont confirmés par de nombreuses observations ; dans un cas d'OLSHAUSEN, on a dû même reséquer 30 centimètres d'intestin.

Au point de vue symptomatique la perforation utérine est masquée ou aggravée par les phénomènes d'étranglement herniaire.

CHAPITRE V

En quoi la perforation utérine diffère-t-elle d'une plaie pénétrante d'abdomen commune ?

- I. — Symptômes spéciaux dus à l'instrument petit et mousse, et au point de pénétration.
- II. — Parallélisme entre l'état du blessé dans la plaie pénétrante d'abdomen et la perforation utérine. — Même évolution, variant d'après les mêmes facteurs.

Après avoir aussi étudié les perforations utérines dans leurs symptômes, et les avoir suivies dans leur évolution, nous voudrions essayer de tirer de ce travail une formule simple et suffisamment complète, qui nous permette de résumer assez justement la situation. L'étude des perforations utérines rentre, croyons-nous, dans le chapitre des plaies pénétrantes d'abdomen, et si l'on excepte les conditions particulières qui différencient toujours une plaie d'une autre, selon l'instrument et selon son point de pénétration, on peut conclure que les perforations utérines sont des plaies pénétrantes d'abdomen, d'ordre un peu spécial.

D'ordre un peu spécial, disons-nous, car ici les conditions particulières qui caractérisent les plaies perforantes de l'utérus sont toujours identiques à elles-mêmes, puis-

que l'instrument perforant est toujours relativement petit et que la porte d'entrée est toujours l'utérus.

L'instrument peu volumineux, non tranchant sur ses bords, produit une plaie en général petite, assez souvent comparable aux plaies d'abdomen par instrument piquant. Quant au point de pénétration, par sa situation anatomique, il met à l'abri de certaines complications, telles que blessure du foie, de la rate, des reins, des gros vaisseaux, de la cloison diaphragmatique ; et nous avons vu que sa surface n'est ni plus ni moins envahie par les microbes pathogènes que celle de la paroi abdominale : les chances d'infection sont les mêmes. Nous croyons utile de rappeler que nous n'envisageons ici que les perforations utérines instrumentales primitives et complètes, et nous abordons de suite la discussion.

Comment se présente un blessé porteur d'une plaie pénétrante d'abdomen ? Tantôt calme (1), tantôt surexcité (2), tantôt en état de schock (3), son aspect des plus variables, ne renseigne en rien sur la lésion. Or, la symptomatologie des perforations utérines est sur ce point en tout identique.

D'autres fois la pâleur hémorragique attire l'attention : mais n'est-ce pas elle qui dominait la scène dans une de nos observations (4) ? Dans la perforation utérine comme dans les plaies pénétrantes d'abdomen, cet épanchement de sang, quand il se produit, se fait au dedans ou au de-

(1) Cf. obs. 2, 18, 19.

(2) Cf. obs. 57.

(3) Cf. obs. 35, 36, 45.

(4) Cf. Obs. 17.

hors, avec son cortège symptomatique habituel : variation du pouls, pâleur de la face, dyspnée.

Faut-il rechercher des signes subjectifs ? Dans les deux cas un seul peut se rencontrer : la douleur, et l'on connaît sa variabilité, son manque de précision. Peu nous importe, d'ailleurs, sa valeur absolue, qu'il nous suffise de constater ici que, dans un cas comme dans l'autre, cette valeur est la même.

Par contre, une complication très fréquente dans les plaies pénétrantes de l'abdomen est la blessure d'intestin (70 p. 100 des cas), ne se montre qu'exceptionnellement dans les perforations utérines (1). A quelles conditions étiologiques correspondent les cas heureux dans lesquels l'intestin fuit devant l'instrument ? Avec les auteurs, nous reconnaitrons deux causes : ou bien l'instrument a peu pénétré — ou bien il est peu tranchant ou peu pointu.

Or, cette étiologie est constante dans les perforations utérines.

La hernie de l'intestin est aussi une complication plus fréquente des plaies pénétrantes d'abdomen ; mais elle ne se fait guère qu'au travers d'une solution de continuité suffisamment étendue, les plaies, petites, ne livrant passage qu'à l'épiploon. C'est justement le cas des plaies utérines. La boutonnière, en général, est trop petite pour laisser passer les anses intestinales ; ce qui peut alors se produire, c'est la hernie épiploïque (1), seule possible. D'ailleurs, si la brèche utérine est suffisamment large,

(1) Cf. Obs. 65.

(2) Cf. Obs. 60 et 61.

l'intestin la franchit (1), comme il franchit la plaie abdominale.

Comparable, dans sa symptomatologie, à la plaie pénétrante d'abdomen, la perforation utérine l'est encore dans son évolution.

L'anémie post-hémorragique a été signalée dans l'un et l'autre cas.

Quant aux complications infectieuses, elles ne semblent pas avoir de prédilection pour l'une des deux blessures. Ici, comme là, c'est ou bien la guérison spontanée par cicatrisation, ou bien la réaction péritonéale dans ses diverses formes. Ces infections, localisées ou généralisées de gravité croissante, — répondant cliniquement au type de péritonite subaiguë, aiguë et suraiguë — menacent également les deux plaies, sans qu'il soit bien aisé de dire laquelle des deux est la plus exposée; et les statistiques ne sont guère éloquentes pour faire pencher nos convictions vers la bénignité de l'une ou la malignité de l'autre.

Les termes du problème sont partout les mêmes : aseptie au moins relative de l'instrument et de la paroi — septicité de l'instrument ou de la paroi — résistance individuelle du péritoine, et nous avons déjà vu comment chacun de ces facteurs prenait une valeur variable, mais toujours comparable à celle qu'il aurait dans la classe voisine : la plaie pénétrante d'abdomen.

Dans l'unité des symptômes, dans l'identité de la marche des lésions, dans la crainte des mêmes complications, nous

(1) Cf. *Obs.* 63 et 66.

croyons trouver assez d'arguments, pour nous permettre de considérer la perforation utérine comme une véritable plaie pénétrante de l'abdomen.

CHAPITRE VI

Traitement.

I. — PERFORATIONS SIMPLES. — *Traitement de l'hémorragie.* — *Expectation.* — Intervention secondaire. — Colpotomie. — Hystérectomie abdominale et vaginale. — Drainage abdomino-vaginal.

Intervention immédiate.

II. — PERFORATIONS COMPLIQUÉES. — Réduction de l'anse herniée. Résection de l'intestin sphacélé. — Conservation de l'utérus ou exérèse. — Procidence épiploïque : expectation ou résection.

Le traitement des perforations utérines se déduit naturellement des symptômes décrits, de la marche de la lésion, des complications à redouter.

L'accident vient de se produire, l'hémorragie est abondante, le pouls faiblit, que l'écoulement de sang se fasse en dehors ou en dedans, un seul traitement est rationnel : **lier ce qui saigne**, la laparotomie s'impose. Si l'on ne voit pas le vaisseau qui saigne, on suture en masse, telle fut la conduite du chirurgien dans l'observation 17.

Mais l'hémorragie est une circonstance exceptionnelle : le plus souvent la plaie saigne peu et rien ne menace la vie de l'opérée d'une façon immédiate, ce qu'il faut c'est parer aux complications. Heureusement, elles sont loin d'être la règle ; aussi la conduite du chirurgien doit-elle

être dictée par l'état de l'utérus ; de son aseptie ou de sa septicité, il tirera les indications opératoires.

La matrice n'est-elle pas notoirement infectée ? N'y a-t-il rien qui fasse soupçonner une perforation particulièrement étendue ? Les statistiques plaident en faveur de l'expectation. — Souvent la blessure guérit sans réaction péritonéale (1) ; d'autres fois le péritoine réagit plus ou moins, mais tout rentre dans l'ordre spontanément (2).

Nous ne saurions partager l'opinion des auteurs qui proposent la laparotomie exploratrice toutes les fois que le diagnostic est incertain. Ils ont argué de la facilité avec laquelle on pratique communément la laparotomie pour fixer tout autre diagnostic épineux. Mais les cas ne sont point comparables. D'un côté, il s'agit de tumeur ou d'infection chronique, et le péritoine n'a rien à craindre de cette exploration. De l'autre — à moins d'être inutile — la laparotomie met l'opérateur en face d'un péritoine ensemencé, non encore enflammé. Cette intervention ne pourra que disséminer les germes, traumatiser un peu plus la malade, diminuer son énergie de défense contre l'infection.

N'est-ce pas pour éviter le *shock* qui résulte de cette intervention que M. GUINARD propose dans le cas de plaie pénétrante d'abdomen de faire précéder la laparotomie exploratrice par une boutonnière exploratrice, dont la raison d'être n'est que de supprimer une opération inutile.

(1) Cf. obs. 1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 34.

(2) Cf. obs. 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43.

Dans le cas que nous supposons, rien ne justifierait une laparotomie exploratrice : très souvent l'orifice sera si petit qu'on ne le suturera pas (1), et l'exploration aura été inutile, peut-être nuisible, car elle ne met guère l'utérus dans l'état d'immobilité recommandée.

Immobilité absolue, glace sur le ventre, sont, en effet, les deux grandes indications du moment : si l'on craint l'hémorragie insidieuse, il est bon d'ajouter à ce traitement, comme l'a conseillé VERCHÈRE (2), une *injection hypodermique d'ergotine*.

Bien entendu, *on s'abstiendra de toute injection intra-utérine* ; s'il est des cas heureux (3) où l'on n'a pas eu à déplorer d'accident, tout au moins mortel, soit du fait de la forme même de la plaie s'opposant au passage du liquide, soit du fait de la résistance péritonéale, il ne faut pas oublier que la pénétration du liquide toxique ou septique est toujours à craindre (4). Pour la même raison, *l'écouvillonnage à la glycérine créosotée sera proscrit*. On se contentera d'*assurer le drainage de l'utérus* par une mèche de gaz ou un drain (5).

Mais l'expectation, ainsi que nous la comprenons, c'est l'*expectation armée*. Aussi *déconseillons-nous l'usage de l'opium*, qui, en donnant un bien-être trompeur, prive le chirurgien du symptôme douleur.

(1) Cf. obs. 7, 33, 40.

(2) VERCHÈRE. *Revue médico-chir. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.

(3) Cf. obs. 6, 8, 10, 13, 26.

(4) Cf. obs. 50 à 59.

(5) Cf. obs. 4, 5, 9, 11, 16, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 34, 46.

La malade sera suivie de près : si la sensibilité du ventre augmente, si la température monte, si le pouls se modifie, il faut intervenir.

S'agit-il de collections purulentes, facilement senties par le toucher, ne remontant pas trop haut, facile à drainer, la **colpotomie** est alors une excellente opération.

Si non, on aura recours à la laparotomie qui permet de juger de l'état des lésions. De l'examen du péritoine et de l'utérus, le chirurgien tirera les indications opératoires.

On ne doit pas hésiter à enlever un utérus dont l'avenir est plus que compromis, et l'opération de choix toutes les fois que le col sera indemne est alors l'**hystérectomie subtotale** (1) parce que plus rapide.

Mais, soit que l'organe lui-même soit peu touché, soit qu'au contraire la purulence ait envahi l'abdomen, le plus prudent est de pratiquer le **drainage abdomino-vaginal** (2). POIRIER a agi ainsi dans un cas qui fut un succès.

Plus rarement, à la vérité, soit que l'âge de la malade permette de sacrifier l'utérus sans plus d'examen, soit que son état, s'aggravant subitement, fasse redouter la laparotomie dans un milieu très septique, on préférera l'**hystérectomie vaginale**. C'est alors une bonne opération, puisqu'elle offre les mêmes avantages que la laparotomie : elle supprime un organe qui entretient la suppuration et

(1) Cf. REBREYEND. *Th.*, Paris, 1901, obs. CXXXVI.

Cf. MIQUEL. *Th.*, Paris, 1902, obs. XXVII.

Cf. obs. 44, 47, 58.

(2) Cf. obs. de MAUCLAIRE, in *Th.* MIQUEL, Paris 1902, obs. XXVIII, p. 118 et MORLET, in *Th.*, Paris, 1905, ob. XVI, XVIII et XXVI.

déverse des toxines dans l'organisme, elle assure un large drainage du petit bassin.

Jusqu'ici, nous avons supposé que le chirurgien intervenait secondairement, mais il ne peut en être toujours ainsi.

La perforation d'un utérus insuffisamment préparé, non isolé de la grande cavité par des lésions de péritonite chronique, manifestement septique, commande une intervention immédiate. C'est le cas, par exemple, des rétentions placentaires fébriles, des affections puerpérales. C'est le cas, *a fortiori*, des utérus porteurs de lésions, qui, par elles-mêmes, en dehors de la perforation, condamnent l'organe — la perforation ne saurait être ici une contre-indication.

Deux opérations s'offrent alors au chirurgien : l'**hystérectomie vaginale** (1) ou l'**hystérectomie abdominale**. Les mêmes considérations que précédemment lui feront donner la préférence à l'une ou à l'autre.

Lorsque la perforation se complique de **procidence de l'intestin**, il est de toute évidence que l'indication est de *réduire l'anse herniée* (2) le plus rapidement possible, et une seule opération est à conseiller : la laparotomie, parce qu'elle permet de voir. C'est dans ces cas surtout

(1) Cf. REBREYEND. *Th.*, Paris, obs. LIX, LXXIII, LXXX, LXXXIV. MIQUEL. *Th.*, Paris, obs. VII et nos obs. 64 et 71.

(2) Cf. obs., 63, 64, 65.

que toute manœuvre faite aveuglément est dangereuse. La réduction obtenue, on prendra connaissance de l'intestin et de la plaie utérine.

L'intestin sphacélé sera parfois plus ou moins réséqué (1) et les bords de la plaie utérine ne seront mis en contact que s'ils présentent une vitalité suffisante (2).

Si non, avant de suturer, il faudra *aviver soigneusement les lèvres* (3). D'ailleurs, ici encore, *l'état de l'utérus peut être tel qu'il commande l'exérèse* (4).

Par contre, nous ne saurions nous montrer aussi affirmatif pour les **procidences épiploïques**. Certains auteurs conseillent de ne pas en tenir compte et d'agir en face de l'utérus perforé comme si la hernie épiploïque n'existait pas. Mieux encore, certains y voient une condition favorable : la frange épiploïque formerait un bouchon dont les adhérences obstrueraient facilement et rapidement la perforation. C'est alors les *considérations générales* dont nous avons déjà parlé qui *doivent inspirer la conduite du chirurgien*.

Tel le cas rapporté à l'observation 62. Exception faite de la procidence épiploïque, rien ne pouvait condamner l'expectation. Elle fut adoptée : la malade guérit sans complication. Dans d'autres circonstances, des chirurgiens jugèrent nécessaire d'intervenir (5), leur opération fut souvent couronnée de succès.

(1) Cf. obs. 65 à 70.

(2) Cf. obs. 12, 15, 17, 60, 61, 63, 69.

(3) Cf. obs. 34.

(4) Cf. obs. 65, 66, 74.

(5) Cf. obs. 60, 61, 74.

OBSERVATIONS

I. — PERFORATIONS SIMPLES

1^o GUÉRISON SANS RÉACTION PÉRITONÉALE.

Guérison sans réaction péritonéale de la perforation d'un utérus gynécologique.

Observation 1. — DEMARQUAY (1). *Cancer du corps de l'utérus. Cathétérisme interne. Perforation de l'utérus par la sonde. Aucun accident.*

Il s'agit d'une femme de 60 ans qui avait des hémorragies passives de l'utérus sans douleur. Soupçonnant la présence d'une tumeur dans la cavité utérine, M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin. L'hystéromètre s'enfonça très profondément, traversa la paroi utérine sans que l'opérateur sentit la moindre résistance, et l'on put constater que son bouton arrivait au-dessous de l'ombilic, et butait contre la paroi abdominale. M. Demarquay fut d'abord très effrayé, mais il ne survint heureusement aucun accident.

Quelques mois plus tard, cette femme succombait avec tous les signes d'un cancer du corps de l'utérus.

Obs 2. — LENOIR (2). *Pelvi-péritonite avec épanchement enkysté, cathétérisme utérin. Perforation de la matrice par l'hystéromètre : aucun accident sérieux consécutif.* (Résumée).

(1) DEMARQUAY. *In. Th.* Lenoir, p. 47.

(2) LENOIR. *Thèse*, Paris, 1898, p. 54.

Mme Gauthier, âgée de 26 ans, entrée le 3 mars 1873, à la maison municipale de santé (service de M. DEMARQUAY). Elle vient, dit-elle, pour se faire soigner d'une affection de la matrice.

Antécédents et mode de début. — Aucune maladie antérieure. Bien réglée depuis l'âge de 18 ans, elle n'a pas encore eu d'enfants. Trois mois avant son entrée à la maison de santé, cette malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre et les lombes.

Etat actuel (6 mars). — Par le toucher vaginal, on constate les faits suivants: le col de l'utérus est petit, aplati transversalement; l'orifice externe est également allongé dans le sens transversal, et représente une véritable boutonnière.

L'utérus ne semble point mobile. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, bombe une tumeur arrondie, élastique, paraissant fluctuante et assez volumineuse; c'est par la compression de cette tumeur que l'utérus est repoussé en avant et aplati. Par la palpation abdominale, on trouve la tumeur dépassant le pubis, et empiétant à droite dans la fosse iliaque; en repoussant avec le doigt le cul-de-sac vaginal postérieur, on essaye vainement de percevoir une fluctuation évidente. Ces différentes manœuvres ne sont point très douloureuses, et sont bien supportées par la malade. Néanmoins, elle présente chaque soir un léger mouvement fébrile.

Le diagnostic de cette tumeur est fort embarrassant; s'agit-il d'une tumeur rétro-utérine, d'un kyste ovarique, ou d'une pelvi-péritonite avec épanchement parfaitement enkysté? Pour élucider cette difficile question, M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin.

6 mars. — L'hystéromètre est introduit sans l'aide du spéculum. Il pénètre facilement dans le canal cervical; l'orifice interne n'oppose aucune résistance, et l'instrument s'engage dans la cavité utérine. En l'enfonçant avec les plus grandes précautions, M. Demarquay est surpris de voir que l'instrument pénètre toujours plus avant: explorant alors la paroi abdominale,

il sent le bouton de l'hystéromètre directement sous les téguments qui sont soulevés par lui à l'endroit correspondant.

L'instrument ayant été retiré, on remarque qu'il ne présente à son extrémité aucune trace de sang ; dans les moments qui suivirent, il ne se fit par le vagin aucun écoulement sanguinolent. Le cathétérisme s'était fait absolument sans douleur. Une heure après, la malade était tranquillement assise dans son lit, lisait, et nous dit n'éprouver aucune souffrance.

La température vaginale est de 38°4, le pouls est à 125. Le soir à 5 heures, nous retrouvons Mme G... dans le même état à peu près ; elle aurait eu dans la journée quelques douleurs abdominales, s'irradiant au côté externe de la cuisse droite, mais celles-ci ont duré à peine une heure. P., 100 ; T. V., 39° 4.

Les jours suivant l'état de la malade est le même, malgré l'exacerbation fébrile du soir, elle ne se plaint pas ; elle mange assez bien, et dort paisiblement la nuit.

Le diagnostic est fixé par ponction exploratrice ; il s'agit d'une pelvi-péritonite avec épanchement enkysté.

Deux vésicatoires furent successivement appliqués, et l'épanchement diminua peu à peu.

Le 18 mars, la température était redescendue à 37°6.

Le 29 mars, la malade quitte la maison de santé en voie de guérison ; le cul-de-sac vaginal postérieur ne présente plus qu'une tuméfaction peu considérable.

Obs. 3. — RABE RUCKARDT et LEHMUS (1). *Cathétérisme utérin pratiqué cent cinquante jours au moins après l'accouchement. Perforation de l'utérus placé en rétroflexion. Aucun accident consécutif.*

O. B.... 28 ans, accouche en novembre 1869 de deux jumeaux, couches difficiles, la malade reste pendant trois mois dans une

(1) RABE RUCKARDT et LEHMUS. *Beitrag zur geb.* Berlin, t. II, p. 12.

maison de santé où elle fut soignée très vraisemblablement pour un abcès du tissu cellulaire du bassin.

1^{er} juillet 1870. — Elle se plaint d'une perte de sang datant de trois semaines.

On constate dans le cul-de-sac vaginal, à droite, les restes évidents d'un exsudat. La sonde utérine est introduite à une profondeur de 9 centimètres.

5 juillet. — La sonde pénètre sans difficulté jusqu'à 12 centimètres et demi et aurait pu être introduite plus profondément si on l'eût désiré. Du reste, pendant l'introduction de la sonde on sentait l'utérus en rétroflexion, dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Aucun accident ne survint, et, au bout de quatorze jours, la malade reprit ses occupations.

Obs. 4. — LENOIR (1). *Métrite hémorragique. Curettage. Perforation du fond de l'utérus. Guérison.*

Mme H..., 23 ans, entre à l'hôpital Tenon le 9 novembre 1896.

Réglée à 14 ans, mariée à 21 ans; un an plus tard, il y a six mois, accouche normalement d'un enfant à terme.

Depuis cet accouchement, léger degré de prolapsus vaginal occasionnant quelques douleurs abdominales; de plus, pertes de sang peu abondantes, mais se reproduisant assez fréquemment. Ces pertes deviennent plus abondantes depuis trois semaines et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Au toucher, col mou, entr'ouvert, déchiré transversalement, utérus un peu gros, mobile, en antéversion. Cystocèle assez prononcée. Rien aux annexes.

Opération le 27. — Cathétérisme sans incidents. L. : 8 centimètres.

Curettage soigné de la cavité utérine, saignement assez abondant; en terminant le curettage, l'opérateur, voulant donner

(1) LENOIR. *Thèse*, Paris, p. 60.

sur le fond de l'utérus un dernier coup de curette, presse un peu sur la paroi utérine avec l'extrémité de l'instrument : cette paroi cède, on a nettement la sensation que l'utérus s'est laissé perforer et la curette s'enfonce brusquement de 2 centimètres environ.

Toute manœuvre est aussitôt cessée et la cavité utérine est bourrée avec une mèche de gaze iodoformée.

Repos absolu. 5 centigrammes d'opium. Le soir, aucun ballonnement du ventre. T. 37°2. Le 1^{er} décembre les mèches sont enlevées.

Guérison parfaite, résultat thérapeutique excellent.

Obs. 5. — GÉRARD MARCHAND (1). *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage pour endométrite. Guérison.*

X..., 34 ans. Curettage pour endométrite chronique, avec une curette de Pozzi de très petite dimension.

L'opérateur eut la sensation très nette de perforer le fond de l'utérus. Le cathétérisme pratiqué auparavant n'avait pas indiqué de profondeur anormale de l'utérus.

L'opération fut continuée, le chirurgien prenant soin de ne pas aller dans la zone traumatisée : drainage utérin à la gaze iodoformée, on se tint prêt à intervenir, mais il n'y eut aucune suite fâcheuse et le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

Obs. 6. — POTHERAT (2). *Perforation utérine par une tige de laminaire.*

1892. Femme, 42 ans, ayant eu deux à trois enfants, le dernier il y a sept ans.

Vives douleurs au moment des règles, moins vives, mais persistantes dans l'intervalle. Elle les localise sur la ligne médiane dans le bas-ventre. Écoulement leucorrhéique abondant. Difficulté de travail.

Examen : antéflexion considérable, utérus peu mobile, pas

(1) GÉRARD MARCHAND. *In Thèse*, Lenoir, p. 61.

(2) POTHERAT. *In thèse*, Lenoir, p. 66.

de lésions appréciables des annexes, peut-être un peu de péri-métrite. Col entr'ouvert, exulcéré.

Hystérométrie *difficile*, mais possible en abaissant très fortement le manche de l'hystéromètre. L. = 8 cent. 5.

M. Potherat conseille la dilatation à la laminaire, puis le curettage.

La dilatation à la laminaire est commencée par le médecin, traitant, à la mi-période des règles, le jeudi, le curettage devant avoir lieu le dimanche matin ; les deux premières tiges sont introduites avec plus ou moins de difficultés, mais sans inconvénients. A la quatrième, *douleur* très violente, *arrachant des cris, issue de sang* en notable abondance, néanmoins la tige est introduite dans toute sa longueur et maintenue en place. Le lendemain, jour de l'opération, la malade déclare avoir beaucoup souffert pendant la nuit, elle est pâle et paraît très fatiguée.

Opération. — La malade chloroformisée, M. Potherat complète la dilatation avec des bougies de Hégar en caoutchouc vulcanisé, qu'il passe successivement jusqu'au numéro 15 inclus, en ayant soin, chaque fois, d'abaisser le pavillon de la bougie.

A chaque cathétérisme il sent nettement le fond de l'utérus à 8 cent. 5 ou 9 centimètres.

L'hystéromètre introduit avant le curettage fournit les mêmes renseignements, mais quand on introduit la curette, M. Potherat constate qu'elle pénètre facilement et droit devant elle sans rencontrer d'obstacles (très petite curette de Trélat). Il ramène la curette, et en ayant cette fois notablement abaissé le manche, pénètre dans une direction différente jusqu'au fond de l'utérus.

L'hystéromètre est repris, et, en procédant avec attention, on parvint à sentir la pointe de cet instrument sous la paroi abdominale, de telle sorte qu'il fut évident qu'il existait une perforation large à la face postérieure de l'utérus, au point

d'union du corps et du col, au niveau du sommet de l'angle de flexion utérine.

Après un moment d'hésitation, le chirurgien pensa qu'il valait mieux nettoyer de suite l'utérus avec soin, que de laisser la cavité péritonéale en communication avec un foyer septique, quitte bien entendu à recourir à une intervention plus importante si quelque accident éclatait.

Le curettage effectué, on fit un lavage abondant avec une sonde de Segond et l'on put constater le retour parfait du liquide, ce qui confirma dans l'opinion que la perforation était très oblique de bas en haut, d'où constitution d'un bec pouvant faire valvule entre l'abdomen et la cavité utérine.

Les suites ne diffèrent en rien de celles d'un curettage ordinaire. Le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

Obs. 7. — JAYLE (1). *Curettage et laparotomie pratiquée par M. Jayle, le 12 juillet 1900.*

Louise A..., âgée de 21 ans, entrée le 15 mai 1899 dans le service du docteur Pozzi, à l'hôpital Broca.

Tout au début du curettage pour endométrite, l'utérus a été perforé par la curette de Sims. Il semble que la perforation ait eu lieu au niveau de l'isthme.

Comme il existe des lésions annexielles indiscutables, que la laparotomie n'avait été que retardée pour ainsi dire, la malade est d'emblée préparée pour cette dernière opération.

Incision de 5 à 6 centimètres, que l'on est obligé d'agrandir jusqu'à 8 ou 9; les annexes des deux côtés sont malades. A droite la trompe est saine, mais l'ovaire est kystique, et c'est à son niveau que la malade souffrait le plus. La trompe est laissée après avoir été débarrassée de ses adhérences, et l'ovaire est enlevé isolément.

A gauche la trompe qui est oblitérée est enlevée. L'ovaire est réséqué d'un quart. Un gros kyste sanguin, gros comme une noisette, existait à ce niveau.

(1) JAYLE. *In thèse*, Rebreyend, p. 132.

On place une mèche dans le cul-de-sac postérieur.

Suture à trois plans avec suture intra-dermique.

On a constaté que la perforation ne siégeait pas au niveau de l'isthme, mais près de la corne gauche, sur la face postérieure. Elle était à peine visible, les lèvres s'étant rétractées. On n'a fait en conséquence aucune suture.

Suites opératoires simples. — La malade sort le 7 août en parfait état de santé.

Obs. 8. — CITTADINI (1).

Mme D..., 42 ans, réglée à 18 ans ; menstruation normale ; cinq accouchements, le dernier il y a quatre ans ; tous normaux, le dernier en présentation de siège. Six fausses couches ; la première remonte à douze ans ; elle se produisit à quatre mois de gestation, quinze jours après une chute, on dut intervenir pour extraire de l'utérus un fragment placentaire. La deuxième datant de huit ans à six semaines, fut également provoquée par une chute.

Les quatre autres, spontanées, datent respectivement de cinq ans, trois ans, dix-huit mois et trois mois. Cette dernière, survenue à deux mois et demi de grossesse, débuta par une hémorragie spontanée, suivie, au bout de trois jours, de l'expulsion imparfaite du produit. Il persista des métrorrhagies abondantes, qui résistèrent aux tamponnements vaginaux répétés, aux injections intra-utérines, à l'ergot de seigle. Malgré des amendements momentanés, l'état général allait s'affaiblissant, et le curettage est décidé. Le col est béant, l'utérus mollassé, non douloureux, volumineux ; les annexes saines.

L'opération est laborieuse : le placenta, bien vivant, très résistant, et comme fibreux adhère à la paroi postérieure, très ramollie. Il ne peut être détaché à la curette mousse qu'au prix de grands efforts. A un moment donné, on sent brusque-

(1) *Société belge de gyn. et d'obst.*, 27 novembre 1892.

ment un manque absolu de résistance. L'instrument venait de perforer la paroi, au niveau de la face postérieure : on l'enfonce prudemment pour mieux s'en rendre compte, et l'on vient buter contre l'angle sacro-vertébral. On achève du mieux qu'on peut la dénudation de la cavité utérine, en respectant le point lésé. On fait le lavage consécutif sans s'inquiéter de la perforation, le retour du liquide étant largement ménagé par la sonde, et estimant qu'une des principales préoccupations après cet accident devait être d'assurer la parfaite asepsie de l'utérus. C'est dans ce but, autant que pour assurer l'occlusion de la brèche en stimulant la musculature utérine, qu'on tamponna hermétiquement l'utérus à la gaze iodoformée.

La malade guérit sans réaction. Le cathétérisme, pratiqué quatre semaines après l'intervention, ne permit pas de retrouver trace de perforation.

Obs. 9. — CITTADINI (1).

Mme T..., 30 ans, menstruée à 15 ans ; depuis trois ans, règles mensuelles peu abondantes, s'accompagnant de vives douleurs expulsives (coliques utérines). Trois accouchements, le dernier il y a cinq ans. Pas de fausse couche ; souffrait, depuis son dernier accouchement, d'endométrite cervicale ; fut traitée, pendant plusieurs mois, par des cautérisations répétées au nitrate d'argent. Il y a deux ans, elle consulta un spécialiste qui, constatant déjà, sans doute, la sténose cervicale, conseilla l'hystérectomie. La malade s'y refusa. Elle subit, quelques mois plus tard, une discision, qui fut suivie d'une grande amélioration des phénomènes dysménorrhéiques. Depuis six mois, les douleurs sont revenues plus vives que jamais et l'écoulement menstruel ne se fit plus que goutte à goutte. Lorsque l'auteur l'examina, il constata un utérus petit, mobile, en position normale, légèrement douloureux et des annexes saines.

(1) Société belge de gyn. et d'obst.. 27 novembre 1892.

L'orifice du col, punctiforme, permettait à peine l'introduction du cathéter, qui butait obstinément contre les cicatrices du trajet cervical. La sténose s'était donc réinstallée. On résolut de rétablir simplement la lumière du canal. Après chloroformisation, le col, abaissé et fixé, est exploré à l'aide d'une petite sonde cannelée filiforme. Le passage fut difficile, en s'aidant du palper bi-manuel pour s'éclairer sur la situation exacte de l'axe utérin, soudain l'instrument pénètre profondément en arrière et à droite. L'utérus avait été perforé à l'union du corps et du col, et le stylet émergeait de la face postérieure de l'utérus, pénétrant dans le Douglas, comme il était facile de s'en rendre compte par le palper bi-manuel. L'instrument ramené dans le trajet cervical, on fit une large discision aux ciseaux et l'on put achever la dilatation aux bougies de Hégar. Le palper bi-manuel montrait l'utérus petit, en antéversion, et le dilatateur introduit sur une profondeur de 6 centimètres dans l'axe du corps, on sentait parfaitement qu'il en occupait toute la profondeur. On fit, à ce moment, une exploration très douce de la face postérieure au cathéter utérin et l'on parvint à retrouver l'orifice de la perforation, à travers lequel l'instrument pénétra brusquement, avec un léger ressaut, dans la couche péritonéale. Il fut introduit à une profondeur de 15 centimètres. Le corps utérin étant amené derrière le pubis, on sentait, au palper bi-manuel, l'instrument se détacher de sa face postérieure et se mouvoir en tous sens, au milieu de masses élastiques et mollasses, les anses intestinales. Le bouton de l'instrument pouvait, avec la plus grande facilité, être amené au contact de la paroi abdominale, au travers de laquelle on le percevait nettement à des niveaux variables. On acheva la discision en introduisant, dans le canal cervical béant, un bistouri boutonné jusqu'au-dessus de l'orifice interne et pratiquant trois profondes sections longitudinales que l'on cautérisa au perchlorure de fer, pour en empêcher la réunion primaire. Tamponnement très dense à la gaze iodoformée. Les suites opératoires sont normales. Actuellement encore, la lumière du canal

se maintient bien. La dysménorrhée a complètement disparu, la perforation ne se retrouve plus.

Obs. 10. — HICKMAN (1), (résumée).

Trois mois après l'accouchement, on pratique un curettage préliminaire à la tracheloraphie d'Emmet. Ce curettage est commencé avec une grosse curette, achevé avec une plus petite, mais toujours très doucement. Une sonde est introduite ensuite pour pratiquer une irrigation intra utérine avec une solution de 100 centimètres cubes de créoline dans de l'eau stérilisée. A ce moment la sonde perfore sans violence le fond de l'organe, qu'on cherchait à sentir, et, bien qu'on la retire au plus vite, une demi-once environ du liquide passe dans le ventre. L'auteur fait néanmoins l'opération plastique sur le col : il remarque pendant cette petite intervention l'état mou et saignant du tissu cervical.

Les jours suivants, tout se passe de la manière la plus normale, sauf un peu de sensibilité du côté droit (siège de la perforation).

Obs. 11. — QUEISNER (2), (résumée).

L..., âgée de 42 ans ; couches et suites de couches normales ; elle se plaint de pertes de sang revenant environ tous les quinze jours et de douleurs pelviennes déjà anciennes.

A l'examen, on trouve l'utérus rétrofléchi, gros et mou ; des adhérences solides en arrière rendent sa réduction impossible. Après une dilatation rapide et réalisée sans grand effort le doigt introduit dans l'utérus sent une muqueuse épaissie, irrégulière ; en avant, deux petits polypes à court pédicule, gros comme des pois.

(1) *Medical News*, 2 mars 1895.

(2) *Centralbl. f. gyn.*, 7 juillet 1898.

Pour mesurer ensuite la longueur de cet utérus, on introduit une sonde : celle-ci ne pénètre qu'à 10 centimètres. L'auteur est donc grandement étonné quand la sonde de Bozeman, introduite ensuite, entre sans efforts aux trois quarts de sa longueur.

L'instrument, un peu incliné à droite, permet un instant de supposer qu'on s'est engagé dans une trompe, mais la main posée à plat sur le ventre sent le bec de l'instrument.

Le curettage est différé : on enlève la sonde : tamponnement à la gaze ; opium, glace sur le ventre ; la malade ne se plaint que d'une légère douleur à irradiations lombaires.

Le cinquième jour, la malade se lève, la guérison se maintient, grâce à un pessaire de Hodge.

Obs. 12. — ROSENFELD (1), (résumée).

Femme de 32 ans, trois enfants ; deux fausses couches ; le dernier accouchement date d'un an et demi ; déchirure périnéale ancienne et prolapsus.

Le 2 décembre 1897, Proschownick cathétérise l'utérus, qui est trouvé d'une longueur de 7 à 8 centimètres et rétrofléchi ; puis, tout à coup, la sonde entre à 15 centimètres.

L'opérateur, dont l'intention était de pratiquer le curettage, suivi d'amputation du col et de colporraphie, continue néanmoins l'opération ; au cours de celle-ci et pour la seconde fois, il pénètre à 16 centimètres, cette fois avec une petite curette. On sent très nettement, sous la paroi du ventre, la cupule de celle-ci.

On pratique alors la vésico-fixation de l'utérus, la colporraphie, puis l'amputation du col. Au cours de cette dernière opération, le péritoine se trouve ouvert.

On en profite pour sentir en arrière et vers le fond de l'utérus une fente de 6 millimètres environ, que l'on suture au catgut.

(1) *Centralbl. f. gyn.*, 19 mai 1898.

Il n'y a pas plus d'un dé à coudre de sang dans le Douglas : pas de caillots.

Suites opératoires simples.

Obs. 13. — BROTHERS (1) (résumée).

Femme de 37 ans ayant eu 10 enfants. — On pratique dans une seule séance le curettage, une double ovariectomie par colpotomie, et une colpo-périnéorraphie pour rectocèle.

Au début du curettage, déchirure par dilatateur. — La curette entre en arrière et à droite à 4 pouces et demi. L'auteur termine pourtant son curettage, fait un lavage, et tamponne l'utérus. Puis, par colpotomie antérieure, il enlève les trompes. Passant alors son doigt derrière l'utérus, il sent quelque chose de dur et râpeux : c'est la gaze intra-utérine saillante par la perforation. Celle-ci, longue d'un quart de pouce, saigne beaucoup. — Suture au catgut et fixation du fond de l'utérus à l'incision vaginale. Périnéorraphie. Guérison sans complications.

Obs. 14. — MAC LEAN (2) (résumée).

Mac Lean a vu, au cours de l'ablation d'un polype fibreux avec la curette scie, exécutée par un opérateur prudent, la paroi utérine tout à coup perforée. La curette pénétra du tiers de sa longueur dans le ventre. Guérison sans complications.

*Guérison sans réaction péritonéale de la perforation d'un
utérus gravide.*

Obs. 15. — SCHWARTZ (3) (résumée).

Utérus en rétroflexion : la dilatation préliminaire à la réduc-

(1) BROTHERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

(2) *Soc. Obst. de New-York*, 19 oct. 1886. — *Amer. Journal of Obst.*, 1886, p. 1262.

(3) SCHWARTZ. *Revue médico-chirurg. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.

tion est faite avec une tige de laminaire. Cette tige est introduite complètement dans l'utérus, de manière que son talon bute sur le col.

L'utérus dilaté, une tige mousse est introduite dans la cavité, dans le but de tenter doucement la réduction. Mais la tige s'enfonce brusquement, et si profondément qu'on peut sentir son extrémité au voisinage de l'ombilic.

Dans le but de suturer, si possible, la perforation évidente, la laparotomie est pratiquée. On trouve en outre une grossesse extra-utérine rompue. Hystéropexie. Guérison en trois semaines.

Obs. 16. — BONNAIRE (1).

J. V..., 26 ans, entre à la Maternité de Lariboisière le 9 octobre 1904 à huit heures du matin, pour un avortement de trois mois environ dont l'origine reste suspecte et fait en ville à sept heures du matin, ce même jour le 9 octobre.

Cette femme entre à l'hôpital pour hémorragie ; la température est normale, le pouls est un peu rapide.

Elle est examinée par M. Bonnaire qui trouve des débris placentaires et de caduque engagés dans le col ; il les extrait et découvre alors au toucher intra-utérin une perforation siégeant à la face postérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col.

Tamponnement intra utérin à la gaze iodoformée. Pas d'hémorragie. La malade, qui a les extrémités froides, est réchauffée. 20 centigrammes de caféine sous la peau, 4.000 grammes de sérum en injection sous-cutanée. Glace sur le ventre.

M. Bonnaire se réserve d'intervenir au moindre incident.

A 3 heures du soir : pouls à 80. Température : 37°4, l'état général est meilleur. Soif ardente. Un peu de thé au rhum. Une pilule d'opium de 0,01 centigrammes toutes les heures.

(1) BONNAIRE. In *thèse*, Morlet. Paris, 1905.

La courbe de température s'est toujours maintenue aux environs de 37° et la femme sort de Lariboisière au dixième jour.

Obs. 17. — Due à l'obligeance de notre ami le docteur PÉCHARMANT. (*Inédite.*)

Une femme de 29 ans, IIpare, ayant eu un enfant à terme, est transportée à l'hôpital Saint-Louis.

Le ventre un peu développé est douloureux. Le poulx est petit, filiforme, la pâleur est extrême, les muqueuses sont décolorées. Interrogée, elle dit avoir eu un retard de trois mois dans ses règles, et de fait les téguments sont pigmentés, notamment la ligne blanche, et les seins renferment du colostrum. Au toucher, le col est ramolli, l'utérus gros est un peu déplacé vers le pubis. On songe à une hématocele rétro-utérine due probablement à une rupture de grossesse tubaire.

Laparotomie sous-ombilicale. Le Douglas renferme du sang, mais les annexes sont saines. L'utérus gravide de trois à quatre mois à en juger par son volume présente, sur le versant postérieur du fond, une petite fissure en forme de coup d'ongle, à égale distance de la corne droite et de la ligne médiane. Cette petite fente qui livrerait passage à une sonde cannelée, saigne en nappe. Une suture en masse au catgut arrête l'hémorragie.

Un mois après, la femme quitte le service en bon état. Les suites obstétricales sont restées inconnues.

*Guerison sans réaction péritonéale de la perforation
d'un utérus post-partum.*

Obs. 18. — RABE RUCKARDT et LEHMUS. *Cathétérisme utérin pratiqué soixante-deux jours après l'accouchement; perforations de l'utérus par l'instrument non suivies d'accident.*

W..., 30 ans, quatre accouchements; le dernier a eu lieu le 28 janvier 1870, et la menstruation n'est pas encore rétablie 22 mars 1870. — Se plaint de douleurs dans la région

inguinale droite et d'une grande faiblesse. On constate : érosion des lèvres du col utérin, et corps de la matrice, appuyant sur le cul-de-sac vaginal supérieur. L'hystéromètre pénétra à 7 centimètres de profondeur.

31 mars. — La sonde utérine pénétra directement et sans rencontrer d'obstacle, jusqu'à une profondeur de 19 centimètres sans occasionner de douleur ; on sent sous la paroi abdominale amincie, le bouton de l'instrument au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane.

Aucune douleur : la malade qui était simplement venue à la consultation rentre chez elle, avec recommandation expresse de revenir si le moindre accident se manifestait.

2 avril. — La malade revient : introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 14 centimètres sans occasionner de douleur ; le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale.

30 avril — La sonde utérine est introduite à une profondeur de 8 centimètres et demi. L'état de la malade s'étant sensiblement amélioré, celle-ci ne reparut plus à la consultation.

Obs. 19. — RABERUCKARDT et LEHMUS. *Cathétérisme utérin, pratiqué 45 jours après l'accouchement. Perforation de l'utérus à trois reprises différentes sans aucune réaction inflammatoire* (résumée).

Baltra H..., 29 ans, accouche le 25 mars 1870 d'un enfant vivant.

Le 9 mai, elle rentre à la Charité ; elle a éprouvé depuis une quinzaine de jours, des douleurs dans la région iliaque droite. A deux travers de doigt de la symphyse et un peu à droite, on sent avec la main une tumeur de forme arrondie et sensible à la pression.

Comme à part cette tumeur, la palpation hypogastrique ne révèle rien sur la ligne médiane, il ne peut s'agir évidemment d'un utérus hypertrophié.

La sonde utérine est introduite, dirigée d'abord à droite, puis suivant la ligne médiane, elle pénètre sans occasionner de douleur notable, et, après avoir surmonté un léger obstacle, jusqu'à une profondeur de 18 centimètres.

Le bouton de l'instrument est senti, sous la paroi abdominale amincie, à un demi-centimètre de l'ombilic. — Ce cathétérisme n'occasionne aucune douleur de la malade.

Le 13 mai, l'hystéromètre pénétra à une profondeur de 10 centimètres également sans douleur.

15 mai. — Nouvelle introduction de l'hystéromètre ; l'instrument est enfoncé à une profondeur de 13 centimètres et son bouton est senti sous la paroi abdominale : aucune douleur et aucune suite fâcheuse.

21 mai. — Introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 6 cm. 5.

22 mai. — Sur sa demande, la malade quitte l'hôpital.

Obs. 20. — JAYLE (1).

Mme F..., âgée de 19 ans, opérée en décembre 1900, dans le service de Pozzi, à l'hôpital Brocca, salle Huguier, n° 56.

Opération par Jayle, le 6 décembre 1900. — Cocaine lombaire.

Curettage pour métrorrhagie consécutive à un accouchement survenu il y a deux mois. La curette de Sims ramène beaucoup de débris. La dilatation de l'utérus a été remarquablement facile avec le dilatateur d'Edlinger. La remarque en a été faite.

Suintement sanguin assez notable. A un moment la curette perfore l'utérus dans le fond, à la partie antérieure semble-t-il. On retire aussitôt l'instrument et on recommence la même manœuvre pour savoir si, oui ou non, l'utérus est bien perforé. La curette pénètre à nouveau. L'hystéromètre de même. La perforation n'est pas douteuse.

Pas de lavages ni de cautérisation. — Un drain pris à un

(1) JAYLE. *In Thèse*. Rebrifend, p. 133.

tube de Martin est mis dans l'utérus. — Deux mèches vaginales.
Le tube est retiré le troisième jour. — Suites simples.

Obs. 21. (Personnelle).

Blanche F..., 28 ans, VIpère, conduite à la Maternité de Saint-Louis, pour rétention placentaire, en juillet 1905, une semaine après l'accouchement.

Tout est préparé pour un curettage ou un écouvillonnage.

Avant toute manœuvre, l'hystéromètre pénètre à 18 centimètres au-dessus du col. Y a-t-il perforation ? Dans le doute l'intervention est suspendue : une mèche de gaze est simplement introduite dans l'utérus. Sérum sous-cutané. Glace sur le ventre.

Pendant trois jours la température oscille entre 37°8 et 38°5. Tout rentre dans l'ordre.

La femme quitte la Maternité en bon état.

*Guérison sans réaction péritonéale de la perforation
d'un utérus post-abortum.*

Obs. 22. — HENING (1). *Catarrhe utérin avec érosions de la portion vaginale du col; perforations de l'utérus par la sonde faites à plusieurs reprises. — Aucune réaction inflammatoire.*

Femme de 28 ans : trois accouchements et deux fausses couches ; la dernière il y a trois mois et demi a été suivie de métrorrhagie abondante. Le sommet du poumon gauche présente des signes de tuberculose.

Utérus mou, flasque, sans contours bien nets. On l'a trouvé d'abord en antéflexion, mais il se laisse déplacer facilement et mettre en rétroflexion, il est de volume normal.

La sonde introduite dans la matrice, glisse sans s'arrêter

(1) HENING. *Berlin. Klin. W.*, 1870, n° 16.

dans la direction de l'axe de l'utérus, pénètre toujours plus avant sans rencontrer d'obstacle jusqu'à une profondeur de 11 centimètres et demi en occasionnant des douleurs abdominales vives ; on sent la pointe de la sonde à 2 centimètres et demi de l'ombilic. Au spéculum, on trouve du catarrhe du col avec érosions. Quatre jours après ce premier examen, on perce une seconde fois l'utérus avec la même facilité et l'on sent l'extrémité de l'hystéromètre au voisinage de l'ombilic. La malade est ensuite présentée par Hœning aux élèves de sa clinique, l'introduction de la sonde jusqu'à la poignée se fit sans la moindre difficulté ; on ne rencontre d'obstacle qu'au milieu du fond de la matrice, dans les points qui avaient été antérieurement perforés. Cette fois aussi, on sentait la pointe de l'instrument près de l'ombilic ; cette manœuvre occasionna à la malade de vives douleurs.

Cette femme resta encore quatre jours à l'hôpital, et en sortit ensuite sans présenter la moindre réaction inflammatoire.

Obs. 23. — LENOIR (1). *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage post-abortionum. — Guérison.*

Jeune femme de 25 ans, employée dans un grand magasin. Menstruation normale avant l'accident.

A fait il y a vingt-six jours une fausse couche de trois mois environ, s'était à ce moment livrée à une sage-femme dont l'intervention paraît suspecte. Depuis sa fausse couche elle souffre du bas-ventre, surtout sur la ligne médiane, perd un peu en blanc et ne peut plus faire son métier qui est très fatigant, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Col ferme, un peu entr'ouvert, utérus un peu gros, rien aux annexes, cependant un peu de douleur dans les deux culs-de-sac latéraux.

Huit jours après l'entrée, *curettage*. Tout à fait à la fin, après avoir raclé partout et très doucement, l'opérateur voulant

(1) LENOIR. *Thèse*. Paris, 1898, p. 60.

donner un dernier coup, sentit sa curette s'enfoncer jusqu'au manche. Il la retira, bourra l'utérus avec de la gaze iodoformée et attendit, se réservant d'intervenir si besoin en était.

La malade n'a pas souffert, n'a pas eu de fièvre, n'a pas été constipée, s'est levée au bout de quinze jours. Le résultat thérapeutique a été parfait.

Obs. 24. — JAHREISS (1), (résumée).

Curettagé pratiqué quatorze jours après l'avortement, chez une secundipare très anémiée. Consistance et volume de l'utérus normaux. De gros débris placentaires sont extraits. Tout à coup, sans résistance, la curette pénètre jusqu'au manche.

Violente hémorragie. Tamponnement. Glace sur le ventre. Repos. Le lendemain, ablation du tamponnement. Guérison. On n'a pas observé d'autre accident que quelques douleurs dans le ventre.

Obs. 25. — OBRECHT (2) (résumée).

F. T..., âgée de 29 ans ; elle a eu cinq enfants à terme ; trois avortements.

Le 13 juillet, avortement très jeune, terminé à la curette. Rétroflexion aisément réduite, et maintenue avec un pessaire de Hodge. Le 6 août, métrorrhagie abondante ; douleurs pelviennes. Elle entre à la clinique le 17 août.

Curettagé, anesthésie. On procède ensuite à la ventro-fixation. Une sonde est placée dans l'utérus pour l'élever à l'hypogastre, avant même d'inciser la paroi. Le ventre ouvert, on constate avec le plus grand étonnement que la sonde émerge de 5 centimètres hors de l'utérus. Cette perforation s'est produite sans la moindre sensation de résistance vaincue.

Suites opératoires parfaitement simples.

(1) JAHREISS. *Centralbl. für gyn.* 1898.

(2) OBRECHT. *Centralbl. für gyn.* 1897, n° 49, p. 1442.

Obs. 26. — ROBERTS (1) (résumée).

Femme de 34 ans, ayant eu deux enfants ; trois semaines auparavant, fausse couche de trois mois ; signes de rétention placentaire.

Curage à la main aussi complet que possible, puis curettage instrumental pour une masse plus haut située et inaccessible au doigt.

Dilatation avec les dilateurs métalliques (de Duncan) ; le troisième (n° 13) s'enfonce à trois pouces un quart (plus loin que la sonde passée au préalable) ; l'auteur comprend de suite qu'il a perforé le fond de l'utérus.

Il termine le curettage ; fait une injection intra-utérine au sublimé à 1/2.000, puis un tamponnement à la gaze.

Au réveil, on n'observe ni douleurs, ni hémorragie, ni fièvre ; trente-six heures après, pansement ; le septième jour, injection intra-utérine de teinture d'iode. Guérison complète trois semaines après.

Elle a eu depuis une nouvelle grossesse.

Obs. 27. — GADAUD (2).

En mai 1900, dans le service de M. Auvard, à Saint-Louis, M. Gadaud, interne de service, au cours d'une dilatation préliminaire à un curettage pour rétention placentaire (avortement de trois mois environ), a vu se produire une plaie par éclatement de la paroi postérieure du col. La dilatation était faite avec la grosse série des bougies de Hégar (on était arrivé au n° 19 ou 20 quand brusquement la rupture se produisit). Le doigt introduit sent cette plaie sous forme d'une fente verticale médiane de 2 centimètres environ.

L'extrémité du doigt pénètre dans l'abdomen.

Pas d'hémorragie. Le curettage est terminé, après avoir mis une mèche dans l'orifice, pour préserver la séreuse.

(1) *Lancet*. 19 décembre 1896.

(2) GADAUD. *In thèse*, Rebreyend, p. 162.

Rien de spécial dans les suites opératoires. Chute thermique dès le lendemain.

Obs. 28. — GUÉNIOT (1) (résumée).

Le 17 mai 1904, M... entre à la clinique Tarnier pour douleur et métrorragie. Il y a douze jours, elle a fait une fausse couche de trois mois.

Matin, température, 36°8 ; pouls, 127. Soir, température, 38° ; pouls, 110.

L'utérus est petit, un fragment placentaire de mauvaise odeur est engagé dans le col.

A 6 heures du soir, dilatation du col : la première bougie de Hégar est introduite, après avoir vaincu une petite résistance, s'enfonce très profondément : le diagnostic de perforation utérine est porté.

Curettage digital : un débris placentaire du volume d'une prune est retiré du col.

Ecouvillonnage, mais aucune injection intra-utérine n'est faite. Tamponnement intra-utérin.

Dans la soirée, frisson. Température, 39°2 ; le ventre est partout douloureux à la palpation.

Glace sur le ventre, piqûre de morphine. La malade dort toute la nuit.

Le 18 mai, le matin, température, 38° ; pouls, 114. Le soir, température, 39°4 ; pouls, 111.

Le ventre n'est douloureux que dans la région épigastrique. La glace sur le ventre est continuée. On enlève le tamponnement et on fait des injections vaginales.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39° et à la fin de juin la malade quitte la Maternité en bonne santé.

Guérison sans réaction péritonéale de la perforation d'un uté-

(1) GUÉNIOT. In *Thèse Morlet*, p, 45.

rus, dont l'état physiologique n'a pas été mentionné dans l'observation.

Obs. 29. — DESCAMPS (1) (résumée).

Descamps signale, sans commentaire, un cas de perforation. Il a simplement tamponné à la gaze iodoformée. Guérison.

Obs. 30. — CASSAET (2) (résumée).

Un gynécologiste ayant perforé l'utérus avec une curette, vit celle-ci s'enfoncer si profondément, qu'elle ne put être res-saisie qu'avec de longues pinces. Le médecin, étant sûr de son antiseptie, laissa les choses en l'état sans recourir à une intervention plus importante. La malade guérit.

Obs. 31. — COURANT (3) (résumée).

Au cours d'un curetage, la sonde entre à 23 centimètres. Hémorragie. Le lendemain, on fait la laparotomie : on trouve une perforation de la face postérieure de l'utérus et une cuillerée de sang noir dans le Douglas. En faisant remuer l'utérus, la plaie saigne de nouveau.

2^o GUÉRISON PAR FISTULE MÉTRO-PÉRITONÉALE.

Obs. 32. — LAWSON TAIT (4) (résumée).

Craignant un épithélioma du corps de l'utérus, l'opérateur

(1) *Société de méd. de Rouen*, 9 juillet 1894.

(2) *Société d'anat. et de phys. normales et pathol. de Bordeaux*, 8 juin 1891.

(3) Cité par BROTTERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

(4) *Lancet*, 10 août 1895.

fait un curettage explorateur. La curette perfore la paroi antérieure.

Aucun accident immédiat ; mais les troubles antérieurs persistent ; et, neuf mois après, la malade revient, réclamant l'hystérectomie. Celle-ci, malgré quelques adhérences, est faite en vingt minutes.

Utérus sénile, contenant de petits noyaux fibromateux ; paroi antérieure *mince comme du papier* : on y trouve l'orifice de la perforation à demi cicatrisé à sa partie supérieure, mais béant à la partie inférieure, sur une longueur d'un demi-pouce.

Obs. 33. — LAWSON TAIT (2) (résumée).

Au cours d'un cathétérisme explorateur, la sonde entre à 17 centimètres vers la gauche, sans aucun effort.

Diagnostic : perforation. On fait la laparotomie et l'on trouve que la petite tumeur rétro-utérine était une fibrome. Le kyste, provenant de l'ovaire droit, est enlevé. Le pédicule étant court et l'utérus un peu collé contre lui, l'auteur ne se crut pas autorisé à rechercher le siège de la perforation.

Guérison sans incident, complète au vingtième jour.

Huit semaines après, la plaie étant presque guérie, L. Tait passe avec précaution une sonde, qui entre à 7 centimètres et demi. Puis, en l'inclinant vers la gauche, il trouve une ouverture à travers laquelle elle s'engage, et il peut la sentir sous les téguments de l'abdomen. Il est certain qu'il n'y a pas eu cathétérisme de la trompe, car la corne droite étant inclinée en haut vers la plaie, et la trompe de ce côté avait été étreinte par le clamp.

Obs. 34. — DUBAR (3) (résumée).

Rosalie D..., âgée de 25 ans, entre à la maison de santé le

(1) L. TAIT. *Maladie des ovaires*. Traduit par OLIVIER. Paris, 1886, p. 251.

(2) *Bulletin méd. du Nord*, 27 octobre 1893.

23 novembre 1891, pour une métrite remontant à plusieurs années.

Elle est soignée depuis 17 mois, mais elle ne peut dire si on lui a passé un cathéter utérin.

Examen. — Gros utérus, en rétroflexion, mobile, mais incoercible ; pas d'annexite.

Au spéculum : col gros, rouge, ulcéré en avant. Leucorrhée sanguinolente.

La lèvre postérieure fixée, on introduit très doucement un cathéter ; il entre à 15 centimètres sans résistance.

Pas d'accidents : on pense qu'il existe une perforation et qu'elle siège en avant et assez haut ; après quinze jours d'antisepsie vaginale, on pratique le 2 décembre la laparotomie ; on trouve la perforation sous forme d'un orifice arrondi de 3 millimètres de diamètre, à pourtour blanchâtre, fibreux, cicatriciel. *Pas de pelvi-péritonite.* Le cathéter introduit par le col y passe très facilement. Avivement, suture avec deux points au catgut. Hystéropexie.

Suites simples : le 6 janvier, on peut pratiquer le curettage ; la malade sort le 15, guérie.

3^o GUÉRISON APRÈS RÉACTION PÉRITONÉALE.

Guérison de la perforation de l'utérus, après péritonite localisée.

Obs. 35. — BAGNES (1). *Curettage, perforation, pelvi-péritonite et intoxication mercurielle. Rétablissement pénible.*

Curettage deux mois après l'accouchement pour rétention placentaire. Un aide avec la main sur l'abdomen sent l'extrémité de la curette. Douleurs vives, collapsus, pouls à 140.

(1) *American Journal of obstetrics*, novembre 1890.

Suites. — Pelvi-péritonite. Intoxication mercurielle, rétablissement pénible.

Obs. 36. — FRANCIS HAYNES (1). (Résumée).

Curettage de deux mois après l'accouchement pour rétention placentaire. Un aide avec la main sur l'abdomen sent l'extrémité de la curette. Douleurs vives ; collapsus ; pouls à 140.

Suites. — Pelvi-péritonite. Intoxication mercurielle, rétablissement pénible.

Obs. 37. — FRANCIS HAYNES (2). (Résumée).

Curettage pour endométrite non puerpérale. Orifice résistant à parois minces, dures. Dilatation avec la pince clamp courbe. *Introduction forcée de la curette.* Elle pénètre à 8 pouces. On prépare tout pour une laparotomie.

Légère douleur et élévation thermique, mais bon pouls. Cinq heures après, toucher : dans le cul-de-sac postérieur, léger empatement, qui disparaît en 24 heures. Pas de troubles ultérieurs. Par précaution la malade est tenue alitée une semaine. Un mois après le curettage peut être fait dans les conditions ordinaires.

Obs. 38 et 39. — CHALOUX (3).

I. — L'auteur cite un cas d'utérus perforé par une simple sonde en gomme n° 14. Il s'ensuivit une poussée de péritonite qui dura quinze jours. Il s'agissait d'une femme de 35 ans, habitant la campagne et atteinte de métrite non blennorragique.

II. — Le même auteur rapporte un cas semblable (4).

(1) *American Journal of obstetrics*, novembre 1890.

(2) *American Journal of obstetrics*, novembre 1890.

(3) *La Normandie médicale*, 9 juillet 1894, p. 337.

(4) *La Normandie médicale*, 1^{er} juin 1895.

Obs. 40. — JAHREISS (1) (résumée).

Manœuvres de libération d'une tumeur avec l'utérus. L'auteur se servait d'une sonde qui, tout à coup, pénètre profondément : il s'agissait d'un utérus sénile atrophique.

Phénomènes de réaction péritonéale (élévation du pouls et de la température). Météorisme. Rétention d'urine qui dure trois jours. L'auteur les explique par ce fait, que la soude était simplement trempé dans une solution phéniquée, mais non stérilisée.

Laparotomie le quatrième jour ; on ne trouve pas l'orifice de la perforation, mais une zone à la surface de l'utérus, où le péritoine est épaissi et rouge.

Suites simples.

*Guérison de la perforation de l'utérus après
résorption d'abcès péri-utérin.*

Obs. 41. — MARCHAND (1) (Résumée).

Présentation d'une double bougie de Hégar, n^{os} 11 et 12, extraite de l'abdomen d'une malade dans lequel elle séjournait depuis une année moins quelques jours. Longueur de l'instrument : 23 centimètres.

Cet accident se serait produit à l'occasion d'un curetage. La malade aurait gardé le lit pendant 3 mois à la suite de cette opération. Pendant ce temps le ventre s'était tuméfié, était devenu très sensible, il y eut de temps à autre des poussées fébriles qui auraient atteint 40°, le tout accompagné de fortes coliques et de diarrhée.

Quand elle se leva, elle ressentit de vives douleurs dans le

(1) JAHREISS. *Centralblatt, für. gyn.*, 1898.

(2) *Bulletin de la Société de Chir.*, 7 juillet 1897.

flanc gauche et constata elle-même l'existence d'une grosseur dans cette région. Les douleurs abdominales augmentent malgré les bandages, elles sont accompagnées ou suivies de vomissements et de selles diarrhéiques. C'est alors qu'elle entra à l'hôpital.

Laparotomie. Extraction du corps étranger. Les suites de l'opération furent simples.

*Guérison de l'utérus après ouverture
spontanée à la paroi abdominale, d'abcès peri-utérin.*

Obs. 42. — FRORIEN (1).

Avortement provoqué à l'aide d'une aiguille introduite dans la matrice. Perforation de la matrice. Guérison.

Froriep raconte l'histoire d'une femme qui, s'étant introduit une aiguille dans la matrice afin de se faire avorter, ne put retirer cet instrument. Au bout de quelques semaines un abcès se forma dans la région de l'aîne et donna issue à ce corps étranger, dont la femme fut ainsi délivrée sans accidents sérieux.

Obs. 43. — PÉTREQUIN et FOLTZ (2) de Lyon. *Extraction par l'ombilic d'une sonde de femme introduite par les voies génitales* (résumée).

Une femme mère de plusieurs enfants étant enceinte de six semaines à deux mois avait voulu se blesser : une sage-femme lui introduisit une sonde dans la matrice ; ayant poussé trop loin, cette sonde lui avait échappé. Une perte et tous les symptômes de l'avortement s'en étaient suivis. Six jours plus tard, la malade vint consulter Foltz : celui-ci explora toutes les cavités sans rien découvrir.

(1) Cité in TARDIEU, *Etude medico-légale sur l'avortement*, 1874.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 décembre 1869.

Au bout de quatre mois, la malade revint se plaignant d'une tumeur à l'ombilic; un doigt introduit dans le vagin, un autre appliqué sur la tumeur, Foltz reconnaît la sonde et lui communique des mouvements de va-et-vient.

Pétrequin, appelé en consultation, va en vain à la recherche du corps étranger par les voies génitales. Le lendemain il extrait la sonde en pratiquant une petite incision sur la tumeur près du bord droit de l'anneau ombilical.

Fièvre les deux ou trois premiers jours.

Guérison au huitième.

Conclusion : L'instrument avait, selon toute probabilité, perforé obliquement la paroi antérieure du col.

*Guérison de la perforation de l'utérus après
péritonite généralisée.*

Obs. 44. — POIRIER (résumé)

Mme B..., entrée à l'hôpital Tenon dans le service de M. le docteur Poirier, le 30 décembre 1899, pour accidents graves consécutifs à un avortement de trois mois.

Quatre jours auparavant, la malade se serait fait elle-même une injection intra-utérine d'eau de savon avec une canule en caoutchouc durci.

Elle ressentit aussitôt des douleurs intolérables suivies bientôt de vomissements verdâtres et de perte de connaissance.

A son entrée à l'hôpital, l'utérus est gros et douloureux, laissant écouler un liquide séro-purulent. Curretage. Irrigation utérine. Tamponnement à la gaze aseptique.

Pansement renouvelé les jours suivants.

4 janvier. — La sonde de Doléris introduite dans l'utérus pénètre sans l'ombre de résistance à une profondeur telle que M. Poirier porte le diagnostic de rupture de l'utérus.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Au-dessous de l'épi-

(1) POIRIER. *In thèse* Rebreyend, p. 187.

plon le doigt ouvre une grosse collection supurée péri-utérine droite. Utérus présente sur sa paroi antérieure une déchirure irrégulière à bords déchiquetés. En arrière, autre collection purulente dans le cul-de-sac postérieur.

Anse grêle vascularisée, dépolie. Péritonite généralisée.

Large drainage abdomino-vaginal au travers de la déchirure. Quatre autres drains sont placés dans toutes les directions dans la partie inférieure de la cavité abdominale.

Jours suivants : Amélioration progressive de l'état de la malade.

Le 25 janvier, le drain abdomino-vaginal est retiré.

Le 5 mars elle sort complètement guérie.

Trois mois après l'opération, retour des règles.

4^e MORT PAR PÉRITONITE.

Mort par péritonite purulente généralisée.

Obs. 45. — LANELONGUE (1) (de Bordeaux). (Résumée).

Endométrie cervicale. Curettage. Perforation de l'angle gauche de l'utérus ; à la suite de cet accident, petitesse du pouls, et bientôt après vomissements, collapsus. Mort. A l'autopsie, on trouve la perforation utérine, et une collection purulente dans le petit bassin.

Obs. 46. — PORAK (2). (Résumée).

E..., 33 ans, multipare, entre à la Maternité le 14 avril 1898 à 4 h. 10 du matin. Elle a vu ses dernières règles à la fin de juillet 1897.

(1) Cité par DUMONT.

(2) PORAK. *In Thèse Morlet*, p. 26

Le neuvième jours après l'accouchement. Georghiu, interne du service, pratique un curettage (au cours duquel l'utérus fut perforé), puis fait un tamponnement à la gaze iodoformée; les jours suivants, la température se maintient entre 38° et 39°.

Le vingt-deuxième jour, la température monte à 39°5 et un peu de diarrhée apparaît.

Le vingt-sixième jour, l'état général est mauvais; vers 4 heures du soir, le pouls est petit, filiforme, incomptable. A plusieurs reprises la malade a des accès de cyanose et de suffocation et elle meurt à 7 heures du soir.

Autopsie par M. Durante, péritonite généralisée à maximum dans les fosses iliaques et le bassin. L'utérus rétroversé et rétrofléchi présente à sa face postérieure, près de la trompe droite, un dépôt de fibrine organisée. L'utérus est ouvert; à ce niveau on trouve une perforation utérine, du volume d'une plume d'oie, à bords ulcérés, plus large du côté de la cavité utérine.

Mort par septicémie péritonéale.

Obs. 47. — TOURNEMELLE (1).

En 1897, à Saint-Antoine, dans le service de M. Blum remplacé par M. Villemain, est admise d'urgence une femme atteinte de péritonite puerpérale aiguë, consécutive à une fausse couche provoquée de 3 à 4 mois. L'utérus est gros et mou. Signes d'infection non douteux.

Opération : laparotomie. Au fond de l'utérus, au voisinage d'une corne, on trouve deux perforations de la grosseur du pouce, à bords déchiquetés et étoilés. On pratique le curettage de l'utérus pendant qu'une main reste appliquée sur le fond de

(1) TOURNEMELLE. *In thèse*, Rebreyend, p. 170.

l'organe. Un drainage abdomino vaginal est ensuite établi à l'aide d'un tube en anse, passant par l'orifice de la perforation (1) et sortant par la plaie opératoire. Drainage du pelvis avec un Mikulicz ; l'utérus est bourré de mèches.

Mort le lendemain dans le collapsus.

Obs. 48 et 49. — Brouardel (2).

I. — J'ai eu l'occasion de faire à la morgue de Paris l'autopsie d'une fille, sœur d'un sergent de ville, dont la mort rapide avait paru suspecte. L'autopsie nous démontra qu'elle avait subi des manœuvres directes et le volume de l'utérus nous amena à conclure à une grossesse de 5 à 6 mois. L'utérus avait été perforé au niveau de son fond, et la perforation était punctiforme ; à peine visible sur la muqueuse utérine, elle allait en s'élargissant, et au niveau de la face péritonéale il existait une perte de substances en infundibulum de la paroi de l'utérus.

II. — Dans un autre cas, j'ai trouvé une disposition analogue, mais à une période moins avancée ; l'infundibulum était encore rempli par un sphacèle au milieu duquel il était fort difficile de reconnaître la perforation qui avait déterminé la lésion.

(1) On avait réuni en un seul les deux orifices, en sectionnant la mince bande du tissu intermédiaire.

(2) *L'avortement*, 1901, p. 221, 222.

II. — PERFORATIONS COMPLIQUÉES

1^o PASSAGE DE LIQUIDE DANS LE PÉRITOINE.

Guérison.

Obs. 50. — BEUTTNER (1) (résumée).

Femme de 30 ans. atteinte de rétroflexion et annexite gauche. Réduction du déplacement maintenue par un pessaire ; six semaines après, avortement ; rétention métrite hémorragique. Le curettage est pratiqué six semaines plus tard. Dilatation avec le dilatateur de Schultze, qui pénètre à 8 centimètres et perçoit à cette distance la résistance du fond. La sonde, introduite ensuite, s'enfonce de 20 centimètres. On retire l'instrument pour faire le toucher combiné à la palpation. *L'utérus est trouvé petit et antéfléchi*. On fait le curettage qui s'accompagne d'une très forte hémorragie. Injection de sublimé.

La guérison est retardée par une intoxication mercurielle confirmée (diarrhée, douleurs gingivales, quelques plaques aux bords de la langue).

Mort.

Obs. 51. — JAYLE (2).

X..., 38 ans. Accouchement il y a un mois environ. Depuis pertes abondantes et continues.

(1) O. BEUTTNER. *Centralbl. für gyn.*, 1897, n° 42, p. 1271.

(2) JAYLE. La septicémie puerpérale aiguë post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1895.

Etat actuel : anémie considérable.

Curettage pratiqué en ville par un praticien ordinaire sous chloroforme. L'opération a été faite avec vigueur, mais la curette n'a pas, à un instant donné, pénétré brusquement dans la cavité abdominale, comme si l'utérus s'était tout à coup laissé perforer. A la fin du curettage, l'opérateur put enfoncer son instrument jusqu'au manche et se crut dans une cavité utérine très agrandie. Ecouvillonnage deux fois répété à la glycérine créosotée. Lavage intra-utérin au sublimé à un millième, le liquide ne ressort pas mais l'opérateur n'y prend pas garde. A ce moment, et bien qu'endormie, la malade pâlit brusquement et les traits s'altèrent tout à coup pour prendre le type du faciès péritonéal. L'injection intra-utérine a été faite brusquement et, sans exagérer on peut évaluer à 600 grammes environ la quantité de liquide introduite dans l'abdomen. Irrigation vaginale terminale et pansement.

Durée de l'opération : une heure.

A son réveil (9 h. 40 du matin), la malade est pâle, ses tempes sont couvertes de sueur et sa peau est froide. Elle se plaint de vives douleurs abdominales, principalement dans le petit bassin et les flancs.

A midi, douleurs abdominales excessives, nausées et quelques vomissements ; faiblesse extrême. Pouls filiforme, ventre un peu ballonné, excessivement douloureux.

A deux heures, perte de connaissance ; extrémités froides.

Mort à trois heures, six heures et demie après l'injection intra-péritonéale de sublimé.

Obs. 52. — GEBHARD (1) (résumée).

Intoxication mortelle par le sublimé, due au passage de la solution dans le péritoine, à travers une perforation utérine. A l'autopsie, ulcération intestinale et péritonite par perforation.

(1) *Société obst. et gyn. de Berlin*, 9 janvier 1891. *Berlin. Klin. Wochens.* 1891, p. 979.

Une des causes de la perforation résidait dans *la petitesse de l'utérus*, dont on n'avait pas tenu compte.

Obs. 53. — LANELONGUE (1) (résumée). *Curettage pour endométrite chronique et cervicite. Perforation. Passage du liquide dans le péritoine. Péritonite localisée et intoxication mercurielle. Mort vingt deux jours après l'accident.*

J..., jeune femme de 31 ans. Quatre grossesses normales de 18 à 26 ans.

Diagnostic. — Endocardite cervicale avec retentissement douloureux sur les annexes. Degré léger de rectocèle et de cystocèle. L'utérus est en antéflexion. L'hystéromètre donne à la cavité utérine une profondeur de 7 centimètres. et demi.

On décide un curettage, suivi de l'amputation du col à la Schraeder, et de terminer par un colpopérinéorrhaphie.

Opération le 18 février 1892. — On emploie une curette à irrigation continue, on s'aperçoit que la résistance s'efface, à droite, sous la pression de la curette, et que le liquide ne sort plus (liqueur de Van Swieten).

On retire l'instrument, le liquide s'échappe. On fait, malgré la perforation, la colpopérinéorrhaphie, un crayon iodoformé est placé dans le col, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Le lendemain, le pouls était petit, le faciès altéré et pâle, le ventre ballonné, surtout à droite, où la sensibilité était plus vive. Vomissements fréquents. Température, 37°2.

Quarante-huit heures après l'opération, l'état général et local étaient à peu près les mêmes, mais il y avait une stomatite assez intense.

Pendant les huit jours suivants, amélioration notable. Le dixième, diarrhée abondante et albuminurie.

Une semaine plus tard, l'état général devint plus mauvais,

(1) *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 29 mai 1892.

la température ne dépasse pas 38°3, l'état local ne présente aucune amélioration, on songe à une collection purulente étendue.

Apparaît un érysipèle de la face. Mort.

Autopsie. — La cavité utérine contenait du pus. A son angle supérieur droit, on voyait une perforation qui pouvait laisser passer l'extrémité du petit doigt.

Plus haut, c'est-à-dire au-dessus de l'utérus et vers le côté droit du ventre, se présentait une collection purulente limitée en avant par la face postérieure de la vessie refoulée, en arrière par le rectum et le repli de Douglas, en haut par les anses intestinales agglutinées.

Au milieu de cette collection, ainsi isolée dans le péritoine, se trouvaient les annexes baignant dans le pus.

Obs. 54. — POLAILLON (1). *Métrite puerpérale subaiguë, compliquée d'ovaro-salpingite, curettage, perforation de l'utérus, mort par septicémie péritonéale, 12 heures après l'intervention.* (Résumée).

P... Marie, 27 ans, ménagère, entre le 6 avril 1893. Elle dit avoir accouché, il y a un mois, d'un enfant qui serait mort huit jours après sa naissance.

Le diagnostic est : métrite puerpérale subaiguë, ayant retardé l'involution utérine.

Le 7 avril. — Dilatation du col avec une tige de laminaire de moyenne grosseur. La malade continue à souffrir dans la journée. le soir 38°.

Le 8 avril. — Matin, température, 37°2, on enlève la tige de laminaire et on la remplace par une tige plus grosse. Le soir, température, 39°.

Le 9 avril. — Température, 37°2. Le curettage est pratiqué sous chloroforme. Le curettage s'exécute comme d'habitude

(1) POLAILLON. *Maladie des femmes*, Paris, 1900, p.270, obs. 100.

sans que M. Polaillon s'aperçoive de quelque accident opératoire. Après le curettage, injection intra-utérine de liquide au sublimé, suivie immédiatement d'une injection boriquée pour chasser de l'utérus le sublimé qui pourrait être une cause d'intoxication, puis pansement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Quelques heures après l'opération, la malade est prise de faiblesse. Ses traits sont profondément altérés. Refroidissement des extrémités, sueurs froides. Cet état va en s'aggravant. Les lèvres se cyanosent, la langue est sèche, la soif est vive.

A cinq heures la température est à 37°. Pas de vomissement. Pas de ballonnement du ventre, qui est peu douloureux à la pression. Le pouls est extrêmement rapide, incomptable quoique régulier. L'auscultation ne dénote rien d'anormal.

L'état de prostration continue à s'aggraver et la malade meurt à 10 heures du soir.

Autopsie. — Il n'y a pas trace de péritonite généralisée, mais en haut et à gauche de l'utérus, existe un foyer purulent, enkysté, limité par des fausses membranes très solides. Ce foyer contient environ un demi verre de pus verdâtre.

On enlève l'utérus et ses annexes. Les ovaires sont sains. La trompe droite est saine, mais la trompe gauche est dilatée, pleine de pus, et cette salpingite suppurée se trouve en rapport avec le foyer purulent intra-péritonéal.

Le tissu de l'utérus est très ramolli, sur le fond on voit deux déchirures à bords frangés. Ces déchirures ont été certainement faites par la curette et elles ne peuvent s'expliquer que par la faible résistance du tissu utérin.

Ce ne sont pas ces deux petites plaies qui ont causé l'accident ; c'est le liquide des lavages qui a pu passer dans le péritoine par ces déchirures, bien qu'on n'en ait pas trouvé une quantité appréciable.

L'autopsie des autres organes démontre avec quelle facilité une curette peut perforer l'utérus sans que le chirurgien s'aperçoive de l'accident.

Obs. 55. — MIQUEL (1). *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage. Péritonite généralisée consécutive, mort.*

Femme de 32 ans, a accouché il y a quinze jours, d'un enfant bien portant, venu à terme.

Depuis ce jour elle présente une température oscillant entre 37° 5 et 38° 5. On se décide à un curettage.

La malade est transportée dans la salle d'opération à 9 heures du matin. Le chef de clinique tient à opérer lui-même la malade, femme de son jardinier, qu'il soigne dès le début de l'affection.

Opération normale. En opérant, il fait remarquer aux étudiants qui assistent à l'opération, qu'il agit avec douceur et leur rappelle la grande friabilité de l'utérus dans le post-partum.

Lavage intra-utérin consécutif dont le liquide ressort en totalité, pas de cautérisation. Tamponnement à la gaze iodoformée. Au bout d'une demi-heure la malade est transportée dans son lit.

A aucun moment l'utérus n'a semblé être perforé, et l'opérateur n'a pas montré la moindre frayeur.

La malade se réveille du sommeil chloroformique quelques instants après et dit ressentir une vive douleur dans le bas-ventre.

Onze heures : Les douleurs persistant, on s'occupe de la malade et on prend sa température. elle est de 39°.

A ce moment la malade a quelques vomissements, le pouls est petit, précipité et la douleur du bas-ventre paraît généralisée à tout l'abdomen.

Quatre du soir : 40° de température, faciès grippé, nez effilé, délire qui se continue sans interruption.

A sept heures : extrémités glacées, ventre ballonné, la ma-

(1) MIQUEL. *Thèse*, Paris 1902.

lade complètement affaissée. pousse simplement un petit cri plaintif. Pouls incomptable.

Dès le début on a prescrit de la glace sur le ventre et un Todd, frictions chaudes.

L'état ne fait qu'empirer et le matin à deux heures la malade succombe.

Autopsie : Abondant liquide séro-sanguinolent dans le péritoine. Intestin rouge vif, gaz dans l'intestin distendu.

De l'abdomen on aperçoit la gaze iodoformée qui fait saillie à travers la perforation de l'utérus (un centimètre).

L'utérus présente à son sommet, vers le milieu une perforation très nette de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, dimension à peu près comparable à la curette employée.

Obs. 56. — BUDIN (1).

Chez une femme de 30 ans, à la suite de rétention placentaire, une sage-femme de garde fait une injection intra-utérine de sublimé au 1/6.000, le 20 février. La femme ressentit à ce moment une très vive douleur. Le 21, le docteur Budin diagnostiqua une perforation utérine, la sage-femme n'ayant sans doute pas assez relevé l'utérus ; il y a de la diarrhée.

Le 23 et le 24, légère ascite, on sent à travers les culs-de-sac de petits grumeaux qu'on attribue à de la pelvi péritonite.

Le 6 mars, l'état s'aggravant, on retire du liquide purulent par une ponction sus-pubienne. Le 10 mars la parotomie avec nettoyage des culs-de-sac. Décès le 13.

Autopsie, le 15 mars.

Tous les organes abdominaux sont recouverts de fausses membranes épaisses, on trouve du liquide très fétide entre les intestins qui adhèrent entre eux, épanchement purulent en-

(1) *In Thèse* GETTEN, Paris, 1890-1891.

kysté dans le Douglas. L'utérus n'a pas achevé son involution, il mesure 11 centimètres de hauteur sur 7 centimètres de largeur, sur sa face postérieure on voit un orifice déchiqueté, large de 2 centimètres, situé à 3 centimètres du fond du cul-de-sac de Douglas. Il devient évident que l'utérus a été perforé par la sonde, en ouvrant l'utérus on voit sur la paroi postérieure un autre orifice situé au fond d'une dépression infundibuliforme, une sonde cannelée poussée doucement par cet orifice traverse la paroi et ressort sur la face postérieure par le trou plus haut mentionné.

On se rend compte aussi que le trajet est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. L'orifice de pénétration siège au-dessous d'un épaississement circulaire de la paroi utérine, vestige de l'anneau de Bandl, on voit par là que le bec de la sonde, poussé directement en arrière à travers la cavité cervicale, a buté dans l'angle que forme le segment inférieur avec le corps. Il n'y a pas de débris de membranes.

Obs. 57. — FIEUX et LAFOND (1) (résumée).

Une femme accouche à terme, spontanément et facilement, d'un enfant vivant; mais le septième jour, en présence d'accidents infectieux, la sage-femme fait appeler un médecin. Celui-ci, après quelques vaines tentatives de délivrance artificielle et constatant l'infection grave de la femme, la fait transporter à l'hôpital.

Le visage est terreux, le pouls petit et très rapide. Température, 39°5. Toute la région de l'hypogastre est douloureuse. Par le vagin s'écoule un liquide brunâtre excessivement fétide.

M. Lafond, après dilatation digitale de quelques minutes, réussit à faire la délivrance artificielle : il extrait, sans grosse difficulté la masse placentaire retenue et putréfiée.

(1) *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1902.

Puis il fit un curettage à la curette mousse en bague de Lefour et termina par une irrigation intra-utérine au formol.

L'introduction de la sonde ne présenta aucune difficulté, elle se fit sans effort, sans rien présenter de particulier ; mais au moment où le liquide fut injecté, le visage de la femme devint plus pâle et la malade présenta un peu d'excitation en même temps que le pouls devenait imperceptible.

La possibilité d'une effraction utérine traverse alors l'esprit de M. Lafond qui arrêta l'irrigation et laissa la malade après avoir introduit une mèche de gaze stérilisée dans la cavité utérine.

Peu après le pouls se relève, l'état général semble s'améliorer, mais la malade succombe 14 ou 15 heures après l'intervention.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre s'écoule une certaine quantité de liquide rosé. Le fond de l'utérus remonte à 6 centimètres au-dessus du pubis, la face antérieure de l'organe est en antéverson accusée.

L'utérus porte sur sa face postérieure, un peu au-dessus des limites supérieures du segment inférieur, une petite fissure rouge, allongée verticalement et mesurant 6 millimètres.

Après avoir ouvert l'utérus par sa face antérieure, on découvre dans sa cavité, en arrière, sur la ligne médiane et à la hauteur de la limite supérieure du segment inférieur, une petite boutonnière à lèvres transversales de 7 millimètres de longueur.

Puis, en incisant la paroi de l'organe, entre ces deux orifices d'entrée et de sortie, on met à jour sur toute sa longueur le trajet de la perforation qui est obliquement ascendant de l'intérieur vers l'extérieur. L'instrument, poussé dans la cavité cervicale, a abordé la paroi postérieure au niveau de la limite supérieure du segment inférieur, a effectué, dans l'épaisseur du muscle, un trajet de 48 millimètres pour ressortir 3 centimètres plus haut.

Obs. 58. — PORAK (1) (résumée).

H..., 46 ans, multipare est devenue enceinte pour la cinquième fois.

Après l'accouchement, la température est de 38°8; le pouls à 114. Le liquide écoulé après l'accouchement étant fétide, une injection intra-utérine est faite à 5 h. 45 avec du sublimé à 1/4.000 (6 litres).

La femme étant mise en travers du lit, une élève sage-femme guide dans le col la canule intra-utérine sur deux doigts après avoir redressé l'utérus; le bock est à 40 centimètres au-dessus du lit; le liquide injecté pénètre, aussitôt la femme pousse des cris, se recule et accuse une violente douleur, en même temps que le ventre augmente de volume; la sonde est enlevée et la femme est remise dans son lit, où elle se couche en chien de fusil.

Un quart d'heure après : vomissements porracés, le ventre est de plus en plus douloureux. Le pouls à 140°.

A 8 heures : M. Macé trouve la malade avec un pouls à 160, de plus en plus fuyant. Température, 36°; respiration saccadée, très rapide et gênée; à 9 h. 30 M. Macé fait endormir la femme à l'éther et pratique la laparotomie : un litre de liquide s'écoule, M. Macé assèche le plus possible le péritoine et place un drain.

Sérum; caféine²; strychnine.

Les extrémités sont froides; la femme se couche en chien de fusil.

On fait une injection intra-veineuse de sérum.

A 11 heures : on ne sent plus le pouls.

Midi et demi : la femme meurt après quelques mouvements convulsifs de la face.

Autopsie. — Le péritoine renferme 200 à 300 grammes de liquide citrin; le péritoine pariétal présente un piqueté ecchymotique presque confluent; les anses intestinales ne sont pas

(1) PORAK. *In thèse*, Morlet, p. 78.

adhérentes, mais sont piquetées de rouge foncé, lie de vin, sur un fond rouge ; la surface du foie est piquetée d'ecchymoses. Reins : congestion de la substance médullaire. L'utérus porte une perforation au-dessus de l'orifice interne en arrière et à gauche.

Obs. 59. — MORLET (résumée).

B... Jeanne, 20 ans, entre à l'hôpital Bichat le 24 octobre 1904. Cette femme a accouché à terme à la Maternité de Lariboisière.

Elle est restée très affaiblie et trois semaines après, sur l'avis d'un médecin, elle entre à l'hôpital Bichat pour douleurs abdominales.

Cette femme a le teint jaune cireux d'une infection profonde ; elle a une température qui se maintient au voisinage de 39° pendant quatre jours. Le ventre est gros et douloureux un peu partout.

Examen local : utérus encore gros, n'ayant pas fait son involution ; col utérin légèrement entr'ouvert.

Aussi le 28 octobre, après dilatation du col avec des bougies de Hégar, un curettage est pratiqué par notre collègue M. Liné : la curette ramène des fongosités abondantes. Attouchement à la glycérine créosotée. Injection intra utérine.

Le lendemain la température descend à 37°2 et s'y maintient trois jours. La température remontant le quatrième jour à 39°5, Liné fait un deuxième curettage, qui est suivi d'injection intra-utérine. La température reste au-dessus de 39° pendant trois jours : injections intra-utérines.

Alors en l'absence de Liné, je pratique un troisième curettage, la température descend progressivement pour atteindre trois jours après 37° ; durant tous ces jours injections intra-utérines. Mais le quatrième jour la température remonte à 38°,

(1) MORLET. *Thèse*, Paris, 1905, p. 79.

puis bientôt à 40°, malgré les injections intra utérines quotidiennes.

Le 9 novembre au matin Liné pratique l'injection intra-utérine sans rien remarquer d'anormal ; mais aussitôt la malade reportée dans son lit, elle accuse une vive douleur dans le ventre et de la gêne respiratoire ; accélération rapide du pouls, nausées, le facies se grippe ; pâleur de la face. On fait une piqûre d'éther.

Les phénomènes se calment et le soir la malade semble mieux et sa température descend à 37°5.

Le lendemain matin la température est à 37°5 ; mais le soir même remontant à 39°7. En l'absence de Liné et ignorant ce qui s'était passé la veille, nous pratiquons une injection intra-utérine de permanganate : l'injection ne revient pas, mais n'ayant employé aucune force dans l'introduction de la canule intra-utérine et la femme n'accusant pas de douleur, nous pensons un moment que le liquide ne pénètre pas dans l'utérus ; cependant le bock dont nous nous servions n'étant pas en verre, nous faisons vérifier le niveau du liquide du bock accroché au mur : deux litres de permanganate avaient pénétré dans le péritoine.

Au retour de Liné, c'est-à-dire environ deux heures après, nous donnons à cette femme dont l'état est très bas, avec une extrême parcimonie, du chloroforme, pendant que Liné pratique la laparotomie, fait écouler la plus grande partie du permanganate injecté dans la cavité péritonéale, assèche avec des tampons le petit bassin, constate la perforation utérine sous forme d'une boutonnière verticale à la face postérieure de l'utérus un peu à gauche de la ligne médiane et près du fond de l'utérus ; l'état de la malade est si précaire que Liné laisse l'utérus et se contente de drainer la cavité péritonéale.

Le lendemain de l'opération, la température s'abaisse progressivement pour atteindre deux jours après 38°, elle reste au voisinage de 38°, mais remonte progressivement à 39°5, pour y rester cinq jours.

Le lendemain, elle atteint 40°5 et le surlendemain près de 41°, jour où la malade meurt : douze jours après la laparotomie.

Autopsie. — Péritonite généralisée, surtout prononcée dans le petit bassin.

2° PROCIDENCE ÉPILOPOIQUE.

Guérison.

Obs. 60. — HOFFMANN (1) de Philadelphie. (Résumée.)

Curettage pour rétention placentaire. Perforation. Procidence de l'épiploon à l'orifice externe du col. Quatre heures après, laparotomie. Toilette du péritoine, suture de la plaie, guérison.

Obs. 61. — BAR (2).

S..., 19 ans, accouchée en ville, il y a un mois, est admise à la maternité de Saint-Antoine pour métrorrhagie : le 11 mai 1901, un externe du service est chargé de lui faire un curettage.

Dilatation du col avec des bougies de Hégar ; curettage, puis écouvillonnage. L'écouvillon ramène au dehors de la vulve un lambeau d'épiploon. M. Bar, aussitôt prévenu, fait immédiatement sous chloroforme la laparotomie en laissant cette femme à plat.

Une portion du grand épiploon s'engage dans une perforation de l'utérus située au niveau de la corne utérine droite.

(1) *Amer. Journ. of obstetrics*, nov. 1890.

(1) BAR. *In thèse*. Morlet, p. 36.

Résection de l'épiploon après ligature au catgut au-dessus de l'utérus. Extraction de la portion détachée de l'épiploon, sur lequel une ligature avait été placée au niveau de la vulve.

Suture de la perforation utérine par quatre points séparés.

Fermeture de la paroi abdominale à trois plans : surjet péritonéal au catgut, les droits sont suturés à la soie, suture de la peau aux crins de Florence ; puis pansement aseptique.

Les fils sont retirés le 27 et le 29 mai ; la plaie est parfaite.

La température s'est maintenue au voisinage de 37°, sauf le 23 et le 24 mai où elle a atteint 38°.

La malade ne perd plus de sang.

Un an plus tard, le 9 mai 1902, cette femme accouchait de nouveau. Après la délivrance, à l'exploration intra-utérine, on ne trouve aucune trace de perforation.

Obs. 62. — (Personnelle.)

Marie M..., 28 ans, II pare, ayant eu un premier accouchement à terme, entre le 7 janvier 1905, à la Maternité de Saint-Louis pour infection utérine.

Cette femme a fait quatre jours auparavant une fausse couche de sept semaines.

Curettage sous chloroforme par l'interne du service. Le premier coup de curette ramène quelques débris placentaires, le second attire une frange épiploïque.

Le toucher intra-utérin révèle une perforation de la face antérieure de l'utérus. La frange épiploïque est respectée, mais partout ailleurs les parois sont nettoyées avec la plus grande douceur.

Tamponnement utérin sans lavage, sérum sous-cutané, glace sur le ventre.

Au milieu des débris placentaires examinés après le curettage, on voit des petits segments de muscle utérin et des *résidues*.

La malade, se réveille, elle ne souffre pas et peut répondre aux questions. Elle nous fait alors savoir que le médecin de

ville lui aurait dit qu'elle avait expulsé une *môle hydatiforme*.

Pendant quatre jours la température oscille entre 38° et 39°.

Le 22 janvier, elle sort en bon état.

3° PROCIDENCE INTESTINALE.

Guérison.

Obs. 63. — ALBERTI (1) (résumée).

Après curettage, chez une multipare, pour hémorragie persistante, le praticien introduit une pince à polypes pour extraire les tissus détachés. Ce qu'il ramena fut une anse d'intestin grêle. Il ne sortit pas une goutte de sang ; mais la malade se plaint et se trouve mal. La femme est transportée à l'hôpital. Femme pâle, affaiblie, peau chaude, pouls, 132, ventre gros et sensible. On trouve, dans le vagin, l'anse grêle violacée.

Laparotomie. — Muscle utérin flasque et mou, d'apparence cireuse et remarquablement mince. Sur le bord droit de l'utérus, déchirure de 4 centimètres.

Réduction de l'anse herniée après avoir vidé l'intestin des gaz et fait deux incisions au niveau de l'orifice interne. On constate alors, sur l'intestin, deux sillons bleuâtres, brillants à la surface, séparés par une distance de 17 centimètres.

Quatre points de suture sur la plaie. Les suites de la laparotomie furent normales.

Mort.

Obs. 64. — VEIT (2) (résumée).

Avortement, rétention placentaire. Un médecin fait trois tentatives de curage digital. Il introduit enfin une grande pince,

(1) *Centralbl. für gyn.*, 29 septembre 1894.

(2) *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Citée par DUMONT. *Arch. de tocot.*, mars 1895.

dans le but de saisir des fragments placentaires ; avec cette pince, il perfore l'utérus et amène une anse intestinale. Quelques heures après, l'auteur pratique la réduction de l'anse, puis l'hystérectomie vaginale ; cette intervention n'empêche pas le développement d'une péritonite septique, qui emporte la malade en quarante-huit heures.

4^o BLESSURES D'ORGANES VOISINS.

Guérison.

Obs. 65 — ORTHMAN (1) (résumée).

Avortement à trois mois, suivi d'hémorragies rebelles ; curetage ; une pince introduite pour ramener les débris ramène une anse intestinale *perforée et arrachée de son mésentère*. Laparotomie : l'anse présentait une adhérence étendue et ancienne de l'utérus (d'où la perforation simultanée des deux organes). Hystérectomie abdominale, résection intestinale et sutures. Guérison.

Obs. 66. — VAN RIPER (2) (résumée).

Femme de 30 ans, multipare, ayant eu un an auparavant son dernier enfant. Aucun signe de grossesse tubaire. Légère perte de sang le mois précédent.

Le médecin diagnostique un polype et fait le curetage.

Anesthésie par l'éther. La sonde qu'il enfonce tout d'abord, entre à une profondeur de six pouces. L'opérateur pense alors qu'il a cathétérisé un utérus gravide, et veut enlever le prétendu fœtus.

A l'aide du dilatateur de Goodell, il dilate le col avec hémorragie considérable ; puis, introduisant une pince à faux germe, il sent qu'il accroche quelque chose et essaie de l'enlever.

(1) *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Citée par DUMONT. *Arch. de tocol.*, mars 1895.

(2) *Medical News*, 22 août 1896.

Ce qu'il amène est une anse intestinale.

La malade est alors portée à l'hôpital, où l'auteur la trouve dans un collapsus extrême. Température élevée, pouls 140, petit et dépressible, respiration 40.

Le ventre est météorisé, tympanique à la percussion ; les extrémités sont froides ; tout indique que la perte de sang a été considérable.

Laparatomie : une grande quantité de sang, liquide et coagulé, occupe l'abdomen. Lavage au sérum artificiel.

On trouve alors que l'utérus porte en avant, depuis le fond jusqu'à l'insertion du vagin, une plaie en forme de fente verticale. A la partie inférieure, la vessie est détachée de l'utérus. En outre, le fond présente près de la corne droite une perforation par laquelle s'engage l'intestin déchiré. L'anse qui a pénétré par cette plaie s'est étranglée sur le pont du tissu utérin séparant les deux plaies.

Il est évident que la perforation a été produite par la sonde ; la fente par le dilateur.

Il est nécessaire, comme temps préliminaire, d'inciser entre les deux plaies, le tissu utérin. On fit ensuite l'hystérectomie totale, puis la résection de l'anse déchirée, et l'anastomose bout à bout. On enleva en tout vingt-six pouces de jéjunum.

Tout se borna à un peu de cystite. La malade se rétablit et fut revue onze mois après, en parfait état.

Obs. 67 et 68. — MANN (1) (résumées).

I. — Avortement. Curettage. Perforation. Procidence de l'intestin.

Laparatomie : On est contraint, vu les lésions du tube intestinal, de réséquer un segment de cœcum et de l'intestin grêle. On pratique une anastomose termino-latérale de l'intestin grêle avec le gros. avec le bouton de Murphy. Guérison.

II. — L'auteur rapporte encore sans commentaire un cas semblable avec guérison.

(1) MANN. *Amer. Journ. of obstétrics*. T. XXXI, n° 5.

Mort.

Obs. 69. — OLSHAUSEN (1) (résumée).

Avortement. Rétention placentaire. Curettage.

On ramène une anse d'intestin avec une pince.

Laparatomie : résection de 30 centimètres d'intestin, on laisse l'utérus.

Mort de péritonite septique.

Obs. 70. — MANN (2).

Avortement. Curettage. Perforation. Procidence de l'intestin,

Laparotomie. Vu la lésion du tube intestinal résection d'un segment d'intestin.

Mort.

III. — Divers.

Obs. 71. — SEGOND (3). *Curettage préliminaire à une hystérectomie vaginale pour métró-salpingite. Perforation de l'utérus. Friabilité particulière du tissu utérin.* (Résumée).

F... Marie, entre le 14 mars 1898 à l'hospice de la Salpêtrière.

Réglée à 15 ans, jamais très régulièrement, pertes blanches, assez abondantes. Est accouchée à 7 mois et demie, il y a 8 mois environ. Retour de couches 5 mois après.

Examen. Palpation du bas-ventre douloureuse au milieu et des deux côtés. Au toucher : utérus moyen en antéversion, mobile, col un peu mou, très légèrement ouvert. Dans le cul-de-sac droit, on sent la trompe grosse, dure, bosselée et l'ovaire n'est pas augmenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche :

(1) OLSHAUSEN. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894.

(2) MANN. *Amer. journ. of obstetrics*. t. XXXI, n° 5.

(3) LENOIR. *Thèse*, Paris, 1898, p. 62.

salpingite plus volumineuse, bosselures très dures. Cul-de-sac postérieur libre. L'hystérectomie vaginale est décidée.

Opération le 4 juin. — Durée douze minutes, quatre pinces à demeure.

Pendant le curettage préliminaire, le cathéter donne une profondeur de 7 cm. 5, il y a une légère coudure utérine à concavité regardant à droite. Soudain, l'opérateur passant les premières bougies de Hégar pour dilater la cavité, l'une d'elles s'enfonce sans qu'il y ait eu aucun effort. Le chirurgien pense avoir fait une perforation et continue son opération.

La pièce entre les mains, il est facile de constater que le fond de l'utérus a été perforé par la sonde. Ovaires scléro-kystiques, salpingites et périannexite. L'utérus, d'aspect à peu près normal, a des parois épaisses, très friables, se laissant entamer par l'ongle avec facilité. L'hystéromètre, introduit dans la cavité, les perce sans aucune espèce d'effort.

La perforation est aggravée par complication qui lui est étrangère et qui masque son évolution.

Obs. 72. — RAYNARD (1). *Avortement tenté par manœuvres directes. Blessures de la matrice et de l'artère iliaque interne. Hémorragie mortelle.*

Une femme âgée de 36 ans, enceinte de six mois, s'adressa à un charlatan qui, sur sa demande, se mit en devoir de la faire avorter, et pratiqua une opération qui, au bout de douze heures était suivie de la mort de la malade.

L'autopsie permit de constater les faits suivants : cadavre exsangue, la cavité abdominale renferme une énorme quantité de sang en partie coagulé ; la paroi postérieure de l'utérus

(1) RAYNARD. *Amer. Journ. of. Th. méd. scienc.*, 1853, p. 77.

offrait une ouverture du diamètre d'une sonde ordinaire qui s'étendait jusqu'à l'artère iliaque interne du côté droit qui était elle-même perforée un peu au-dessous de son origine. L'ouverture du vaisseau aurait pu admettre une plume d'oie ; trois autres piqûres existaient à travers l'utérus... Malgré leur multiplicité aucune de ces ponctions n'avait atteint l'œuf. Les membranes étaient intactes ainsi que le fœtus.

Obs. 73. — RABE RUCKHART et LEHMUS (1). *Cathétérisme utérin pratiqué un mois après l'accouchement, rétroflexion de la matrice ; péritonite tuberculeuse. Utérus perforé à deux reprises différentes par l'hystéromètre. Autopsie.* (Résumée).

Caroline R..., 29 ans, entrée le 25 avril 1870 à la Charité de Berlin.

Antécédents. — Bonne santé habituelle ; a eu trois accouchements à terme et trois fausses couches. Le dernier accouchement fut parfaitement normal ; 8 jours après, la malade quitta le lit pour la première fois et ressentit immédiatement des douleurs dans la région ombilicale, de la constipation, de l'anorexie, etc.

Etat actuel. — Mauvaise nutrition, femme maigre, osseuse. Teinte ictérique de la peau. Accuse des douleurs dans le ventre ; vomissements verdâtres ; pouls 96, anorexie, soif vive, langue grisâtre, ventre douloureux, constipation, utérus rétrofléchi.

26 avril. — La sonde pénètre facilement dans l'utérus, qui se laisse redresser sans peine. En imprimant avec prudence un mouvement de levier à l'instrument, on sent que celui-ci triomphe d'un léger obstacle, et pénètre à une profondeur de 19 centimètres ; il est impossible de sentir le bouton de l'hystéromètre sous la paroi abdominale.

La sensibilité de l'abdomen ayant augmenté après cette ex-

(1) RABE RUCKHART et LEHMUS. *Beitrag sur geb. Berlin*, t. II, p. 12.

ploration, on ordonna des applications froides sur le ventre, et de la morphine à l'intérieur.

2 mai. — Tous les signes de péritonite ayant cessé, on introduit de nouveau l'hystéromètre jusqu'à une profondeur de 16 centimètres et demie, sans qu'il survint de réaction inflammatoire.

13 mai. — Mort de la malade par suite des progrès d'une infiltration caséeuse du sommet droit qui se compliqua de pleurésie du côté gauche.

Avant de commencer la nécropsie, on sonde l'utérus ; l'hystéromètre, après avoir vaincu un léger obstacle, pénètre dans l'abdomen assez profondément pour qu'on puisse sentir le bouton de l'instrument au voisinage de l'ombilic.

A l'autopsie on découvrit de la tuberculose pulmonaire et une pleurite tuberculeuse du côté gauche avec exsudats hémorragiques.

Sur le feuillet pariétal du péritoine, on trouve plusieurs couches de fausses membranes ; les intestins étaient adhérents entre eux, et à la paroi abdominale.

L'hystéromètre perfore la matrice par une ouverture arrondie occupant le milieu de l'utérus. Une sonde plus fine introduite dans les parties génitales, vient perforer le fond de l'utérus à un demi-centimètre environ de l'ouverture interne de la trompe gauche.

Le parenchyme utérin, entourant cette seconde ouverture, présente une friabilité remarquable, une couleur gris bleuâtre, et un développement vasculaire considérable. Au voisinage de la première ouverture on ne constate aucune altération du parenchyme. L'utérus est augmenté de volume ; sa substance est molle, traversée par des vaisseaux à minces parois. La muqueuse est lisse dans sa totalité, blanc jaunâtre : on trouve un débris de placenta sur la paroi postérieure, et empiétant un peu à droite.

Examen microscopique (fait par Wegner). — L'élément mus-

culaire est très peu développé par places, une portion notable de ce tissu est encore en pleine *dégénérescence graisseuse*.

Obs. 74. — GUSSEROW (1). (Résumée).

Rétention des membranes après avortement. Curettage. La pince introduite ensuite dans le but d'extraire les débris détachés ramène de l'épiploon. Laparotomie, résection de l'épiploon étranglé, hystérectomie supravaginale. La malade, opératoirement guérie, meurt au vingt-cinquième jour, d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose de la fémorale.

Obs. 75. — MARTIN (1). (Résumée).

Avortement. Rétention. Curettage. La pince ramène 75 centimètres d'intestin, à ce moment, le malheureux opérateur perd la tête, arrache l'intestin de son méésentère et le coupe, en disant aux assistants que c'est le cordon. Il court chercher Martin, mais avant son arrivée, la femme est morte de collapsus.

(1) GUSSEROW. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Citée par DUMONT. *Arch. de tocol.*, mars 1895.*

(2) MARTIN. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Citée p. DUMONT. *Arch. de tocol.*, mars 1895.

CONCLUSIONS

I. — Toutes les modifications de l'utérus, anatomiques, physiologiques, pathologiques, sont des causes prédisposantes à la perforation. Tous les instruments peuvent la produire.

II. — L'instrument traverse l'utérus en un seul temps ou en plusieurs. Les fautes opératoires favorisent cet accident et ses complications.

III. — La perforation siège le plus souvent au fond de l'organe ou dans son voisinage ; mais elle peut occuper un point quelconque. Sa forme et son étendue sont des plus variables.

IV. — Le diagnostic clinique, différentiel et positif, des perforations utérines est quelquefois très délicat. S'il est hésitant, on doit le vérifier, si possible, par les diverses explorations intra-utérines, ou mieux par le toucher intra-utérin.

V. — Les perforations peuvent guérir sans trace, ou laisser à leur suite une cicatrice ou une fistule.

La présence d'une eschare ne prouve qu'il y a eu perforation instrumentale complète, que si la forme de la perte de substance est conique à base péritonéale.

VI. — L'évolution de la perforation simple de l'utérus

est très variable : l'hémorragie est rare, la réversion péritonéale peut manquer ou affecter diverses formes.

Les procidences, épiploïdes ou intestinales constituent des complications.

VII. — On ne doit se baser sur les statistiques ni pour proclamer l'innocuité de la perforation des utérus gynécologiques, ni pour affirmer la gravité de la perforation des utérus gravides ou récemment évacués.

VIII. — La perforation de l'utérus, instrumentale, primitive et complète est une plaie pénétrante d'abdomen, un peu spéciale.

IX. — Au point de vue du traitement : l'expectation armée est la règle avec intervention secondaire à la moindre alerte.

L'intervention immédiate est réservée :

1° Au cas d'hémorragie grave ;

2° Au cas où l'infection utérine est manifeste ;

3° Au cas où une complication autre l'exige.

X. — L'intestin hernié sera réduit par la laparotomie ; l'utérus selon son état sera alors enlevé ou conservé.

Vu : *le Président de la thèse* :

P. SEGOND.

Vu : *le Doyen* :

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBERTI. — *Centralbl. für gyn.*, 29 sept. 1894.
- AUVARD. — Curage et perforation utérine. In *Arch. de tocol et de gynec.*, t. XXI, 1894.
- Traité de gynécol., 1895.
- Traité d'accouchement, 2^e édit., 1898.
- BACON et HERZOG. — *The american J. of obstetrics*, 1899.
- BAR. — In *Th.*, MORLET, p. 36.
- BAGNES. — *American. J. of obstetrics*, novembre 1890.
- BAUDRON. — *Thèse*, Paris.
- BEUTTNER. — L'hystéroscope. *Cent., für gyn.*, 1878.
- *Centralbl. für gyn.*, 1897, n° 42, p. 1271.
- BLONDEL. — *Journal de Méd. de Paris*, 29 mai 1898.
- BONVALOT. — De la mort subite phén. d'inhib. ayant pour point de départ l'utérus. *Thèse*. Paris, 1891-1892.
- BONNAIRE. — In *Th.* MORLET, Paris 1905.
- BROTHERS. — *Ameri. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.
- BROUARDEL. — L'avortement, 1901, p. 221 et 222.
- BUDIN. — In *Th.* GETTEN. Paris, 1890-1891.
- CASSAET. — *Soc. d'anat. et de phys. normale et pathol. de Bordeaux*, 8 juin 1894.
- CHALOUX. — La Normandie méd., 9 juillet 1894.
- CITTADINI. — *Soc. belge de gyn. et. d'obst.*, 27 novembre 1892.
- COLLE. — Des perforations traumat. de l'utérus, *Thèse*, Lille, 1892.
- COURANT. — Cité par BROTHERS, *Americ. Journ. of obstetrics*. 1888, p. 446.

- CROUZET. -- Perforations utérines. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1823, p. 80.
- DEMARQUAY. — In *Th.* LENOIR, p. 47.
- DESCAMPS. — *Soc. de méd. de Rouen*, 2 juillet 1894.
- DUBAR. — *Bulletin méd. du Nord*, 27 octobre 1893.
- DUMONT. — *Arch. de tocol.*, 1895.
- DUPUIS: — De la perf. des parois utérines par l'hystér., *Th.*, Paris, 1874.
- De la perf. des parois utér. par la curette. *Progrès Médical*, 1894, p. 36.
- FAIRCHILD. — Accidental perforation of the uterus. *Ann. gyn. et pæd.*, Boston, 1894, t. XVII, p. 223.
- FIEUX et LAFOND. — *Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux*, juin 1902.
- FLANDRIN. — Perforation de l'utérus par la soude au cours de l'irrigation continue. *Thèse*, Paris, 1895.
- FLOECKINGER. — *Centralbl. für gyn.*, 24 août 1898.
- FRORIEP. — Cité In TARDIEU. Etude médico légale sur l'avortement, 1874
- GADAUD. — In *Th.*, REBREYFEND, p. 162.
- GEHBARD. — *Société d'obst. et de gyn. de Berlin*, 1891.
- GÉRARD MARCHANT. — In *Th.* LENOIR, p. 61.
- GHEORGHIU. — Contribution à l'étude clinique de l'infection puerpérale. *Thèse*, Paris, 1900.
- GLESER. — Zur uterus perforation. *Centralbl. für gyn.*, 1898, p. 139.
- GUÉNIOT. — In *Th.* MORLET, p. 45.
- GUSSEROW. — *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894.
- Cité par DUMONT, *Arch. de tocol.*, mars 1895.
- FRANCIS HAYNES. — *Amer. journ. of obstetrics*, novembre 1890.
- HÉGAR et KALTENBACH. — *Traité de gyn. opératoire*, p. 66 et suiv.
- VON HERFF. — Perforation de l'utérus. *Der Frauenarz*, 1886, t. I, p. 199.

- HOFFMAN de Philadelphie. — *Amer. Journ. of obstetrics*, novembre 1890.
- HÖENING. — Perforation des uterus mit der sonde, *Berlin News Klin. W.*, 1870, n° 16.
- HICKMAN. — *Médical Weis*, 2 mars 1895.
- HILDEBRANT. — In *Th. LENOIR*, obs. VIII.
- HUGUIER. — *Traité de l'hystérométrie*, Paris, 1865.
- JAHREISS. — *Centralbl. für gyn.*, 1898.
- JAYLE. — La septicémie puerpérale aiguë post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1895.
- KELLY. — *Amer. Journ. of obstetrics*, 1891, n° 1.
- LANNELONGUE. — *Soc. de gyn., de ped. et d'obs. de Bordeaux*, 12 avril 1892.
- *Gazette des sciences méd. de Bordeaux*, 29 mai 1892.
- LAWSON TAIT. — *Mal. des ovaires, traduit par OLIVIER*. Paris, 1886, p. 251.
- *Lancet*, 1895.
- De la perf. ut. par l'hyst. ou la curette. (*Arch. de toc. et de gyn.*, 1895, p. 645).
- LENOIR. — Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale (*Thèse*, Paris, 1898.)
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire. (Articles de SCHWARTZ et PICHEVIN.)*
- LENORMANT. — In *th. REBREYEND*, obs. LVI, p. 132.
- LIEBMANN. — *Über die Perforation der Uterus Vandelt mittels der Sonde. Corr. Blatt. für Sweise erzte*, 1879.
- *Perforazione della parieti dell utero con l'isterometro. (Trieste, 1878.)*
- MACÉ. — *Paroi utérine et perforations provoquées. Bull. soc. obst.*, Paris, 1902.
- MAC-LEAN. — *Soc. obs. de New-York*, 19 octobre 1886.
- MALEEF. — *Etudes cliniques des perforations utérines abortives. Thèse*, Lyon 1905.
- MANN. — *Perforation of the uterus. Amer. journ. of obstetrics*, 1895, t. XXXI, n° 5, p. 602.

- MARCHAND. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 7 juillet 1897.
- MARSAIS. — Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. *Thèse*, Lyon, 1890.
- MARTIN. — *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Cité par DUMONT, *Arch. de tocol.*, mars 1895.
- Perf. de la paroi utérine. *Edinburgh med. journ.*, 1896.
- MAUCLAIRE. — Trois cas de perf. graves de l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1906, t. LIX, p. 123.
- MAUCLAIR et MACÉ. — Deux communications à la soc. d'obst. 20 nov. et 18 déc. 1902.
- MIQUEL. — Les perfor. graves de l'utérus au cours du curetage et de l'hystérométrie. *Thèse*, Paris, 1902.
- MORLET. — Perforations de l'utérus puerpéral, post-partum et post-abortionum. (*Thèse*, Paris, 1905.
- OBRECHT. — *Centralbl. für gyn.*, 1894, n° 49, p. 1442.
- OLSHAUSSEN. — Cité par DUMONT. *Arch. de tocol.*, mars 1895.
- ORTHMANN. — *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Cité par DUMONT. *Arch. de tocol.*, mars 1895.
- CHARLES PAUL. — Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. *Thèse*, Paris, 1906.
- PÉTREQUIN et FOLTZ. — *Bulletin de l'Académie de méd.*, 20 déc. 1869.
- PICQUÉ. — Communication sur une hystérec. abdom. dans une perf. utérine abort. *Soc. de Chir.*, 5 oct. 1904.
- Gangrène et perforation utérine (rapport). *Bulletin et mémoire de la Soc. de chirurgie de Paris*, 30 mai 1906, p. 529.
- POIRIER. — *In th.* REBREYEND, p. 187.
- POLAILLON. — *Mal. des femmes*. Paris, 1900. Obs. C, p. 297.
- PERACH. — *In th.* MORLET, p. 56 et p. 78.
- POTHERAT. — *In th.* LENOIR, p. 66.
- PICHEVIN. — *Sem. gyn.*, 7 avril 1902.
- POZZI. — *In the* REBREYEND, 1901, obs. LIX.
- *Traité de gyn.* Paris 1905, p. 200.

- QUEISNER. — Zur instrumentellen perforation der uterus. *Centralbl. für gyn.*, 7 juillet 1898, t. XXII, p. 712.
- RAYNARD. — *Amer. journ. of. the méd.*, 1853, p. 77.
- REBREYEND. — Les plaies perforantes de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1901.
- RÉGNIER. — *Mémoires de la Soc. de méd.*, 1898.
- RICHARDIÈRE. — Des perf. ut. avec gangrène circonscrite. *Ann. d'hyg. pub. et méd. lég.*, 1887, p. 427, t. XVIII.
- ROBERTS. — *Lancet*, 19 décembre 1896.
- RABE RUCKART et LEHMUS. — *Beitrag zur geb.* Berlin, t. II, p. 12.
- ROSENFELDT. — *Centralbl. für gyn.*, 19 mai 1898.
- SEELIG. — Uber uterus perforation duret die sond. *Inaug. dissert. Wurtzburg*, 1873, p. 6.
- SCHWAB. — Cas de perforation très probablement traumatique de l'utérus. (*Bull. de la soc. d'obs. de Paris*, 1895, p. 495.
- SCHWART. — *Revue med. chirg. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.
- SEGOND. — *In th.* LENOIR. Obs. XVI et obs. XVIII.
- SMITH. — Perforation of the uterus with curetting ; how' et happens. *Journ. surg. and gyn.* Saint-Louis, 1903-1904, t. XVII, p. 743.
- TOTH. — Perforation of the uterus followed by abortion : laparotomy. *Gynecologia*. Budapest. 1904. p. 188.
- TSCHERNOMORDIK-GINSBOURG. — Perforation de l'utérus dans une centaine d'avortements. *Journ. d'accouch. et de gyn.*, Saint-Petersbourg, 1894.
- TOURNEMELLE. — *In th.*, REBREYEND, p. 170.
- VAN RIPER. — *Medical News*, 22 août 1896.
- VEIT. — Cité par DUMONT, *Arch. de tocol.*, mars 1895.
- VERCHÈRE. — *Revue médico-chirur. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.
- VINCENT. — Perforation de l'utérus dans des manœuvres abortives. *Soc. nat. de médecine de Lyon*, 6 juillet 1896.
- WILLARD. — Accident de curettage. *Thèse*, Paris, 1898-1899.

